جمال مثقال القاسم   ماجدة السيد عبيد   عماد الزعبي

الاضطرابات السلوكية









﴿ وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ ﴾

صدق الله العظيم

الاضطرابات السلوكية

رقم الايداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (٢٠٠٠/٢/٤٠٠)

رقم التصنيف : ٣٧٠,١٥
المؤلف ومن هو في حكمه : جمال مثقال القاسم، ماجدة عبيد، عماد الزعبي
عنوان الكتاب: الاضطرابات السلوكية
الموضوع الرئيسي : ١- علم النفس التربوي
٢-
بيانات النشر : عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع
* - تم اعداد بيانات الفهرسة الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الأولى

2000 م - 1420 هـ



دار صفاء للنشر والتوزيع

عمان - شارع السلط - مجمع الفحيص التجاري - هاتف وفاكس ٤٦١٢١٩٠

ص.ب ٩٢٢٧٦٢ عمان - الاردن

DAR SAFA Publishing - Distributing

Telefax: 4612190 P.O.Box: 922762 Amman - Jordan

ISBN - 9957 - 402 - 83 - 3 ردمك

الاضطرابات السلوكية

جمال القاسم
ماجستير علم نفس تربوي

ماجدة عبيد
ماجستير تربية خاصة

عماد الزعبي
ماجستير إرشاد

الطبعة الاولـــى

2000م - 1420هـ



دار صفاء للنشر والتوزيع - عمان

مقدمة

بسم الله والحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله، سيدنا وعظيمنا محمد بن عبد الله - صلى الله عليه وسلم -، وبعد،

يأتي كتابنا هذا بجهد متواضع ليضع بين يدي القارئ معلومات مبوبة حول موضوع وميدان تربوي هام، إلا وهو ميدان الاضطرابات السلوكية والتي تشغل بال كثير من التربويين والمربين وأولياء الأمور، كونها تُعَقّدُ كثيراً من الجهود المبذولة في تطوير وتحسين قدرات الطالب، وتحسين العملية التربوية بشكل عام، كما وتقف عائقاً كبيراً وواضحاً أمام محاولات التربويين لإيجاد الطالب القادر والمتميز والمعتمد على الذات.

إن ميدان الاضطرابات السلوكية ميدان حديث نسبياً ولكنه في وقتنا الحالي قد حظي بعناية واهتمام بالغين، ولا ينكر أحد أن جذوره غائرة في القدم، ولكنه بشكله الحالي يعكس توجهات وآراء حديثة ومواكبة للعصر.

يقع هذا الكتاب في ست وحدات متخصصة كانت أولها وحدة تُعتبر مدخلاً لفهم ما المقصود بالاضطرابات السلوكية، وهي أكبر الوحدات، كوننا هدفنا إلى إعطاء صورة شمولية لهذا الميدان - قدر الإمكان - لذا، فقد احتوت هذه الوحدة على عناوين رئيسة، كمفهوم وتعريف الاضطرابات السلوكية، مفهوم السلوك السوي، والسلوك الشاذ، ومعايير تحديدهما، ثم تطرقنا إلى أسباب الشذوذ، ونسبة وجود المضطرين سلوكياً.

وفي الوحدة الثانية تكلمنا عن تصنيف الاضطرابات السلوكية كالتصنيف الطبي والتصنيف التربوي، ثم تمت في الوحدة الثالثة مناقشة الاتجاهات النظرية التي فسرت الاضطرابات السلوكية وأهمها، الاتجاه السلوكي، والاتجاه التحليلي، والاتجاه الديناميكي، والاتجاه الفسيولوجي.

أما الوحدة الرابعة فقد تم تخصيصها للحديث عن خصائص الأفراد المضطرين سلوكياً من حيث ذكاؤهم ومقدار تحصيلهم، وسلوكهم العدواني

والنشاط الحركي الزائد لديهم وتشتت الانتباه والاندفاع والقلق، والانسحاب وسوء التكيف الاجتماعي.

وفي الوحدة الخامسة تم ا لحديث بشكل مفصل عن أهم المشكلات الانفعالية والسلوكية للأطفال، وتم حصر تلك المشكلات في بعدين هامين ورئيسين هما، السلوك المرتبط بعدم الشعور بالأمن، كمشكلات القلق والخوف وتدني اعتبار الذات وغيرها من المشكلات التي ترتبط بهذا البعد، أما البعد الثاني فهو يتحدث عن اضطراب العادات، كعادات مص الإبهام وقضم الأظافر واضطرابات الأكل والنوم والتبول اللاإرادي وغيرها من المشكلات.

ونختم كتابنا بالوحدة السادسة التي اهتمت بتوضيح أهم أساليب التدخل التربوي والعلاجي للمضطرين سلوكياً كالأساليب السلوكية والتربوية والسيكودينمية والبيئية، وهي تشتمل على شرح وتوضيح الأساليب كاستراتيجيات عامة.

وبجمع الوحدتين الخامسة والسادسة نتوقع أن تكتمل الصورة المثالية في علاج الاضطرابات السلوكية وتعديل سلوك المضطرين.

وختاماً، نرجو من الله العلي القدير أن نكون قد وفقنا في جهدنا هذا.

"وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين".

المؤلفون

المحتويات

الوحدة الرابعة:

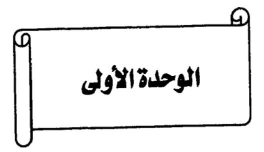
خصائص المضطرين سلوكياً

الوحدة الخامسة:

مشكلات الأطفال السلوكية والانفعالية

الوحدة السادسة:

أساليب التدخل التربوي والعلاجي للمضطربين سلوكياً



1

مدخل إلى الاضطرابات السلوكية

1- مفهوم الاضطرابات السلوكية
2- السلوك السوي والسلوك الشاذ
3- معايير تحديد السلوك السوي والسلوك الشاذ
4- أسباب الشذوذ
5- نسبة وجود المضطربين سلوكياً

مدخل إلى الاضطرابات السلوكية

أولاً: مفهوم الاضطرابات السلوكية:

يقصد بالاضطراب السلوكي- بوجه عام- شذوذ وابتعاد سلوك الفرد بشكل متكرر عن السلوك العام المتفق عليه وفقاً لمعيار محدد، بغض النظر عن نوع هذا المعيار، ولقد ذكرت هذا المفهوم العام كبداية لتوجيه انتباه القارئ إلى أن العلماء قد اختلفوا في تعريف الاضطراب السلوكي وأن كل عالم قد اتجه في اتجاه محدد واعتمد معياراً محدداً لتعريفه، ولكنهم جميعاً لم يبتعدوا عن المفهوم السابق الذكر للاضطراب السلوكي.

وكون ميدان الاضطرابات السلوكية ميداناً جديداً تم البحث فيه في العقدين السابقين على وجه الخصوص، فقد اختلف الاختصاصيون والتربويون في تحديد تعريف واحد واضح له، عدا أنهم قد اختلفوا في التسميات لهذا الميدان، حيث أطلقوا عليه عدة مسميات أو عدة مصطلحات، ويذكر (دنير، 1972) أكثر التسميات المستخدمة على نطاق واسع والمتعارف عليها هي:

- سوء التكيف — Maladjustment
- سوء التكيف الاجتماعي — Social Maladjustment
- الاضطراب الانفعالي الشديد — Seriously Emotionally Dist
- مشكلات التكيف — Adjustment Problems
- المرض العقلي — Mentally Ill or Sick
- الجنوح — Delinquent
- الإعاقة الانفعالية — Emotionally Handicap

- الإعاقة الاجتماعية Socially Handicap

- صراعات الأطفال Children Conflict

- الاضطرابات السلوكية Behavior Disorders

إن الناظر إلى التسميات السابقة يجدها مشتقة من نوع المعيار المستخدم لتحديد السلوك الشاذ، وأن كثيراً من المسميات السابقة قد ذكرت في نفس التعريفات كالجنوح (الانحراف، أو الشذوذ)، إلا أن أكثر المصطلحات والمسميات المستخدمة بعد مصطلح الاضطرابات السلوكية هو الاضطرابات الانفعالية حيث يعتبره بعض المختصين مصطلحاً مرادفاً لمصطلح الاضطرابات السلوكية، ويرغب البعض، أيضاً في تسمية هذا الميدان بميدان الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

ونرجع إلى تعريف الاضطرابات السلوكية، حيث يذكر (هيوارد واورلنسكي 1980)، أن هناك مجموعة أسباب أدت إلى عدم وجود تعريف واحد معتمد للاضطرابات السلوكية، وهذه الأسباب هي:

1- وجود مشاكل في قياس الاضطرابات السلوكية.

2- لا يوجد اتفاق واضح حول مفهوم الصحة النفسية السليمة.

3- إن كل نظرية من نظريات الاضطرابات السلوكية قد اتبعت منهجاً وتعريفاً خاصاً بها.

4- اختلاف درجة ونوع التأثير الثقافي على الاطفال.

5- اختلاف المعايير الاجتماعية للسلوك المناسب من مجتمع إلى مجتمع آخر فالسلوك المقبول في مجتمع ما قد لا يكون مقبولاً في مجتمع آخر.

6- قد ترتبط الاضطرابات السلوكية بإعاقة أخرى خاصة في حالة التخلف العقلي أو صعوبات التعلم مما يجعل من الصعب تحديد السبب الرئيسي في الاضطرابات السلوكية.

ولقد اقترح (السرطاوي، سيسالم 187) في كتابهما المعاقون أكاديمياً وسلوكياً وضع التعريفات الخاصة بالاضطرابات السلوكية في مجموعات وذلك لتسهيل

التعرف عليها ودراستها، وهذه المجموعات هي:

أولاً : مجموعة التعريفات ذات المنحى الاجتماعي

أ- تعريف روس 1974م:

(الاضطراب السلوكي هو اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار، ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد).

ب- تعريف كوفمان (1977):

(إن الأطفال المضطربين سلوكياً هم أولئك الذين يستجيبون لبيئتهم بطريقة غير مقبولة، اجتماعياً، وغير مرضية شخصياً، وذلك بشكل واضح ومتكرر، ولكن يمكن تعليمهم سلوكاً اجتماعياً وشخصياً مقبولاً ومرضياً).

جـ- تعريف هويت 1963م:

(إن الطفل المضطرب انفعالياً هو الفاشل اجتماعياً، والذي لا يتوافق سلوكه مع السلوك السائد في المجتمع الذي يعيش فيه، وهو الذي ينحرف سلوكه عما هو متوقع بالنسبة لعمره الزمني وجنسه ووضعه الاجتماعي بحيث يعتبر هذا السلوك سلوكاً غير متوافق ويمكن أن يعرض صاحبه لمشاكل خطيرة في حياته).

أهم ما تشير إليه تلك التعريفات:

1- السلوك المضطرب هو سلوك غير مقبول اجتماعياً.

2- السلوك المضطرب متكرر الحدوث.

3- أن الكبار في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد هم الذين يحكمون على نوعية السلوك.

4- هناك إمكانية لتعديل السلوك غير المقبول واكتساب سلوكات مقبولة.

5- أهمية اعتبار العمر والجنس والوضع الاجتماعي عند الحكم على السلوك.

6- إن الاضطرابات السلوكية تعرض الطفل لمشاكل خطيرة في حياته.

ثانياً: التعريفات ذات المنحى النفس- اجتماعي

أ- تعريف سميث ونيتورث 1975م:

استخدام كل من سميث ونيثورت مصطلح سوء التكيف الاجتماعي للدلالة على الاضطرابات السلوكية، وأشارا إلى أن مشاكل التكيف تنقسم إلى قسمين كبيرين هما الاضطراب الانفعالي، وسوء التكيف الاجتماعي، فغالباً ما نجد أن أي فرد من الأفراد يمر بخبرات من سوء التكيف في الحياة، وأن مثل هذه الخبرات تكون عادية إذا ما استمرت لفترة زمنية قصيرة ولم تتكرر، فالاضطراب الانفعالي هو مصطلح عام يستخدم للدلالة على حالات كثيرة غير محددة بدقة مثل الأمراض العقلية، والذهان، والعصاب، والمخاوف المرضية، والاجترارية (اوتزم) وغيرها، وأن كل واحدة من هذه الاضطرابات لها خصائصها التي تفصلها وتميزها عن غيرها، وبوجه عام فإن الأطفال الذين يظهرون أنماطاً من الاضطرابات الانفعالية غالباً ما يكونون عدوانيين، أو انسحابيين، أو كليهما معاً، ولا تتمثل مشكلتهم الأساسية بالخروج عن القواعد والعرف والثقافة الاجتماعية فقط بل أنهم أيضاً عادة ما يكونون أفراداً غير سعداء.

أما سوء التكيف الاجتماعي فيشتمل على السلوك الذي يخرج على القواعد الاجتماعية، فالسلوك قد يكون مقبولاً في إطار ثقافة الطفل المحلية ولكنه قد لا يكون مقبولاً في مجتمع آخر.

ب- تعريف جرويرد 1973م:

(الاضطرابات الانفعالية هي تشكيلة من السلوكات المنحرفة والمتطرفة بشكل ملحوظ، وتتكرر باستمرار (مزمنة)، وتخالف توقعات الملاحظ، وتتمثل في الاندفاع، والعدوان، والاكتئاب، والانسحاب).

ج- تعريف هارنج وفيلبس 1962م:

(إن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية هم أولئك الذين لديهم

مشاكل خطيرة قليلة كانت أو كثيرة مع الأفراد الآخرين (الأقران، الأهل، المدرسين)، وهم أولئك الأطفال غير السعداء أو غير القادرين على تقديم أنفسهم بطريقة تتناسب مع قدراتهم واهتماماتهم، وبشكل عام فإنه يمكن القول بأن الطفل المضطرب انفعالياً هو الذي يتعرض للفشل بشكل كبير في حياته بدلاً من النجاح).

د- تعريف نيوكمر 980م:

(الاضطراب الانفعالي هو الانحراف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته، ويستدل على وجود الاضطراب الانفعالي عندما يتصرف الفرد تصرفاً يؤذي فيه نفسه والآخرين، في هذه الحالة نقول أن هذا الفرد في حالة من الاضطراب الانفعالي).

أهم ما تشير إليه تلك التعريفات:

1- الاعتماد على اتجاهات الملاحظ الذي يقوم بملاحظة سلوك الفرد في تفسير طبيعة ونوعية السلوك.

2- الاندفاع، العدوان، الاكتئاب، الانسحاب، والخروج عن القواعد والعرف الاجتماعي تعتبر من خصائص المضطربين سلوكياً.

3- ارتباط الشعور بعدم السعادة بالاضطراب الانفعالي والسلوكي.

4- ارتباط الفشل المتكرر بالاضطراب الانفعالي والسلوكي.

ثالثاً: التعريفات ذات المنحى التربوي

أ- تعريف هويت وفورنس 1974م:

(الطفل المضطرب سلوكياً هو طفل غير منتبه في الفصل (الصف) ومنسحب، وغير منسجم، وغير مطيع لدرجة تجعله يفشل باستمرار في تحقيق توقعات المدرس والمدرسة).

ب- تعريف لامبرت وباور:

(الطفل المضطرب انفعالياً هو الذي يتراوح معدل انخفاض سلوكه بين

المتوسط والحاد، وأن هذا الانخفاض في السلوك يعمل بدوره على تخفيض قدرته على أداء واجباته الدراسية بفاعلية، كذلك في تفاعله مع الآخرين، مما يؤثر على خبراته الاجتماعية والتربوية ويجعله عرضة لواحدة أو أكثر من النماذج السلوكية الخمسة التالية بشكل واضح:

1- عدم القدرة على التعلم التي لا ترتبط بالعوامل العقلية، والحسية، أو العصبية أو بالصحة العامة، وإنما ترتبط بالمشاكل السلوكية.
2- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مرضية مع الأقران، والمدرسين والاحتفاظ بهذه العلاقات.
3- أنماط غير ملائمة أو غير ناضجة من السلوك والمشاعر في الظروف العادية.
4- مزاج عام من الشعور بعدم السعادة والحزن والاكتئاب.
5- ميل لظهور أعراض جسمية مثل مشاكل في النطق والكلام وآلام في الجسم، ومخاوف مرتبطة بمشاكل شخصية أو مدرسية.

جـ- تعريف وودي 1969م:

(إن الطفل المضطرب انفعالياً هو ذلك الطفل الذي لا يستطيع أن يتكيف مع معايير السلوك المقبولة اجتماعياً مما يؤدي إلى تدهور تقدمه الدراسي، والتأثير على زملائه في الفصل، كذلك تدهور علاقاته الشخصية مع الآخرين).

أهم ما تشير إليه التعريفات:

1- التركيز على السلوك والأداء الدراسي.
2- تأثير الخبرات الاجتماعية والتربوية بالاضطرابات السلوكية.

رابعاً: التعريف ذو المنحى القانوني:

أ- تعريف كفارسيوس وميلر:

استخدام كل من كفارسيوس وميلر مصطلح جنوح الأحداث للدلالة على الاضطرابات السلوكية لأن الأحداث الجانحين يظهرون كثيراً من المشاكل السلوكية المشابهة لمشاكل الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، فقد عرّف جنوح الأحداث من

الوجهة القانونية بأنه: (عبارة عن سلوك يصدر من الصغار ينتهكون فيه معايير وقوانين عامة، أو معايير مؤسسات اجتماعية خاصة وذلك بشكل متكرر وخطير بحيث يستلزم إجراءات قانونية ضد من قاموا بهذه الانتهاكات سواء كان فرداً أو جماعة).

ويشير هذا التعريف إلى أربعة متغيرات معتملة عند وصف الحدث بالجنوح:

1- خطورة الانتهاك أو المخالفة.

2- شكل أو نمط المخالفة.

3- تكرار المخالفة.

4- سلوك الفرد السابق وشخصيته.

مشكلات في تعريف اضطرابات السلوك

يستطيع بعض الأخصائيين من غير الأطباء النفسيين وصف بعض الأطفال بأنهم يعانون من اضطرابات في السلوك، إلا أن النقل في الرأي يسند في كثير من المجتمعات إلى الأحكام التي تصدر عن أحد الأفراد المدربين على تشخيص الأمراض العقلية وعلاجها وهو الطبيب النفسي عادة، يرى كوفمان 1981 أن الانصياع لرأي الطب النفسي في حالات اضطرابات السلوك يقوم على سند قوي من تاريخ طويل لمهنة الطب النفسي من ناحية، كما يرجع إلى وجود مشكلات في التعاريف ترتبط بنماذج من المفاهيم وطرق قياس الشخصية والتوافق وبعض الظواهر السلوكية من الناحية الأخرى.

ظل رأي الطب النفسي لفترة طويلة من الزمن يميل إلى نموذج مبني على مفاهيم الديناميات النفسية التي تقوم بشكل جوهري على بعض المتغيرات الافتراضية التي لا تقبل التثبت من صحتها من خلال الدراسات الواقعية، هذا النموذج السيكودينامي جعل من تعريف اضطرابات السلوك سراً من الأسرار، كما جعل عمليات تشخيص هذه الاضطرابات وتصنيفها لغزاً غامضاً، وبالإضافة إلى ذلك ليست هناك اختبارات لها درجات كافية من الصدق والثبات بحيث يمكن من خلالها عزل الأفراد الأسوياء عن الأفراد المضطرين وترتب على ذلك أن التعرف

على اضطرابات السلوك أصبح - إلى حد بعيد - مسألة حكم تقديري بالنسبة لكل حالة فردية حتى إذا كان الأخصائيون ممن يعتنقون اتجاهات ومبادئ سلوكية في معظمها.

فيما يلي نناقش أحد الأمثلة لتعاريف الاضطرابات الانفعالية وهو ذلك التعريف الذي يأخذ به مكتب (تعليم المعوقين) في الولايات المتحدة الأمريكية، كان هذا التعريف قد اقترحه في الأصل (باور) **1969** وينص التعريف على أن الطفل يعتبر معوقاً انفعالياً إذا ما امتلك واحدة أو أكثر من الخصائص الخمس التالية بدرجة واضحة وعلى مدى فترة طويلة نسبياً من الزمن، وهذه الخصائص هي:

1- عدم القدرة على التعلم التي لا يمكن تفسيرها على أساس عوامل عقلية أو حسية أو صحية.

2- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية متبادلة على مستوى مرض، أو عدم القدرة على الاحتفاظ بمثل هذه العلاقات مع الزملاء والكبار.

3- وجود أنماط غير ملائمة من السلوك أو المشاعر في ظل ظروف الحياة العادية.

4- وجود حالة مزاجية عامة من عدم الشعور بالسعادة أو الشعور بالاكتئاب.

5- ميل إلى تطوير أعراض جسمية أو آلام أو مخاوف ترتبط بمشكلات شخصية أو مدرسية.

على أن النص في التعريف على المبادئ (بدرجة واضحة) و (على مدى فترة طويلة نسبياً من الزمن) تعتبر محكات تفتقر إلى التحديد الموضوعي، كذلك فإن كل خاصية من الخصائص الخمس التي حددت في التعريف لا يتوافر لها معيار موضوعي يتميز بالثبات والصدق، وترتب على ذلك ضرورة الاعتماد على الحكم، أي التقدير الذاتي للأخصائي لمدى خطورة الاضطراب حتى لو كان هذا الأخصائي قد استخدم بعض المقاييس الموضوعية لأشكال معينة من السلوك كجزء من عملية التقييم.

وأخيراً نختم وصفنا لمفهوم الاضطرابات السلوكية والتعريفات المقترحة لها بتحديد ثلاثة محكات رئيسية يمكن اعتمادها للحكم على السلوك المضطرب وهي:

1- انحراف السلوك عن المعايير المقبولة اجتماعياً.

2- درجة ومدة تكرار السلوك.

3- اختلاف معايير الحكم على السلوك باختلاف المجتمعات والثقافات.

وعليه فقد اعتمد تعريف روس، 1974م السابق على أنه أشمل التعريفات التي يمكن اعتمادها كتعريف للاضطرابات الانفعالية والذي ينص على: (أن الاضطراب السلوكي هو اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد).

ثانياً: السلوك السوي والسلوك الشاذ

يتكون السلوك العادي من تفاعل مجموعة كبيرة من القوى، بعضها داخلي، وبعضها خارجي، وذلك حين يحاط الموقف بمؤثرات خارجية، وقد يبدو لدى البعض بأن السلوك بسيط في مظهره ولكنه في واقعه أعقد بكثير، وإننا إن نظرنا إلى السلوك لجده في أغلبه مألوفاً وذلك اعتماداً على معايير خاصة بنا، وما لجده غير مألوف لنا نستهجنه ونستغرب منه ولكن بدرجات أيضاً، إذن فما هو السلوك السوي وما هو السلوك الشاذ.

أ- السلوك السوي:

يعتبر السلوك السوي بأنه ذلك السلوك الذي يواجه الموقف بما يقتضيه ذلك الموقف في حدود ما يغلب على سلوك الناس تجاه نفس الموقف، فإذا كان الموقف يستدعي الحزن ظهر سلوك الحزن، وإذا كان الموقف يستدعي الضحك قابلناه بسلوك الضحك، وإذا كان هناك سلوكاً مغايراً للواقع تم استهجانه واستغرابه كالضحك في المآتم بدل البكاء.

إن تحديدنا للسلوك الذي نستخدمه في موقف ما ومناسبته له تعتمد على ثلاثة أمور:

1- طبيعة الفرد وخبرته الذاتية في المواقف المشابهة.

2- طبيعة الموقف والشروط الخاصة به.

3- الطريقة أو الوسيلة المستعملة في ذلك الموقف.

وعليه فلا نفترض أن كل الأفراد وفي كل المواقف قادرين على اتباع نفس السلوك والذي يعتبر سلوكاً مناسباً وسوياً.

وعند النظر إلى السلوك والحكم عليه على أنه سوي لا بد من الانتباه إلى بعض المشكلات التي تسبب خطأً في تقديرنا وهذه المشكلات هي:

1- كثرة تداخل المتغيرات التي تؤثر على السلوك وتشكله.

2- قرب بعض درجات الاستواء من درجات الشذوذ.

3- صعوبة الاتفاق على معيار واحد لتحديد السواء.

4- اعتبار أن معيار السواء هو بحد ذاته متدرج بين شدة السواء وتوسطه وقربه من اللاسواء.

ب- السلوك الشاذ:

يصعب على الفرد أن يحدد السلوك الشاذ بناءً على مجموعة متغيرات نفسية واجتماعية وعقلية، ويجد الفرد نفسه أمام كَمّ هائل من الآراء التي تعطي تصوراً للشذوذ، مثل:

- الشذوذ هو ما يخالف (يعاكس) الاستواء، الاستواء غير واضح.
- الشذوذ هو الاضطراب النفسي الشديد.
- الشذوذ هو السلوك الذي يعبر عن درجة غير مألوفة من ضعف التناسق داخل الشخصية.
- الشذوذ هو السلوك غير المألوف أو السلوك المتطرف.

وكما حدث في حديثنا عن السلوك السوي فإنه يصعب تحديد السلوك الشاذ إلا باعتماد معيار محدد يتفق عليه الأخصائيون ويلتزمون به، ويمكن لنا أن نعتمد أحد

منحيين في تحديد السلوك السوي والسلوك الشاذ، وهما المنحى الإيجـابي، والمنحى السلبي، فالمنحى الإيجـابي يقتضـي الرجـوع إلى قواعـد إيجابيـة كـالرجوع إلى معيـار الصحة النفسية، حيث يعتبر أن السلوك يحدث عند قيام الوظائف النفسـية بعملـها بشكل متناسق ضمن وحدة الشـخصية، أو نقـول بـأن السـلوك السـوي هـو ذلـك السلوك المعبر عن تكيف مناسب يكون فيه التفاعل بين الفرد ومحيطـه وبينـه وبـين نفسه تفاعلاً مثمراً.

أما المنحى السلبي، فيكون بتحديد معيار للشذوذ، باعتباره معـاكس الاسـتواء، والنظر إلى السلوك السوي بعد ذلك على أنه السلوك الذي لا يكون شاذاً.

وسوف يتضح مفهوم السلوك السوي والسلوك الشاذ بعد التطرق إلى المعايير التي تحدد السلوك في العنوان القادم من حيث سواؤه أو شذوذه.

ثالثاً: معايير تحديد السلوك السوي والسلوك الشاذ

كما ذكرنا في حديثنا عن السلوك السوي والسلوك الشاذ وعن الاضطرابـات السلوكية كمفهوم بأنه لا بد من اعتماد معايير محددة للحكم على السلوك، لذا فقـد اقترح العلماء في ميدان الصحة النفسـية وعلـم النفـس وعلـم الاجتمـاع مجموعـة معايير أهمها:

1- المعيار الإحصائي.
2- المعيار الذاتي أو الفردي.
3- المعيار الاجتماعي.
4- المعيار الطبيعي.
5- المعيار النفسي الموضوعي.
6- المعيار التكاملي أو السريري.

وفيما يلي توضيح لتلك المعايير مع ذكر أهم السلبيات التي أخذت على كـل معيار إن وجدت.

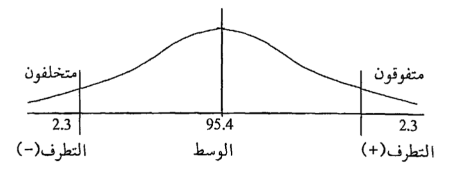
1- المعيار الإحصائي:

تذهب فكرة التوزيع الطبيعي إلى أن الطبيعة تميل بصورة عامة إلى الاعتدال، والتوسط فيما تنطوي عليه من الحوادث، والمظاهر الكمية، وأن أكثر الحالات تقع عادة حول المتوسط بينما لا يقع في حقل التطرف إلا القليل منها. فمثلاً، إن متوسط أعمار الناس تقع غالباً ما بين الخمسين والستين وأن القليل منهم من يموت طفلاً أو يعمر فوق الحد المتوسط، إن هذه الفكرة يُعبر عنها بمنحى التوزيع الطبيعي أو بمنحى جاوس Gauss والذي يحدد فيه مكانة كمية نسب التوسط ونسب الانحراف، وبناءً على ذلك التوزيع الطبيعي يُنظر إلى التوسط على أنه السواء وإلى الانحراف على أنه الشذوذ.

ولنأخذ مثالاً تفصيلياً وهو الذكاء، حيث يقع أغلبية الناس ويدورون حول متوسط (100 درجة) يوصف ذكاؤهم بأنه ضمن المتوسط، وتبدأ حالات الضعف العقلي نزولاً بعد حاصل ذكاء مقداره (70 درجة)، وتبدأ حالات التفوق العقلي صعوداً بعد حاصل ذكاء مقداره (130 درجة)، وعليه فإن متوسطي الذكاء هم من يوصفون بالسواء والذين ينحرفون عن الوسط من المتخلفين عقلياً ومن المتفوقين هم من يوصفون بالشذوذ (أنظر الشكل).

والظاهر في هذا المعيار أنه يبقى صحيحاً في الاستعمال ما دمنا نأخذ الأرقام المجردة، أما إذا اتجهنا إلى المفاهيم النفسية كالذكاء، والمفاهيم الاجتماعية كالتكيف الاجتماعي، فإن الاهتمام يبدو لنا منصباً عندئذ على الضعيف ونسميه شاذاً أما العبقري فلا نسميه كذلك ، ونسمي سيء التكيف شاذاً أما الناجح في تكيفه الاجتماعي فلا نسميه كذلك.

ويؤخذ سلبية على هذا الاتجاه في أن مقدار البعد اللازم عن المتوسط لنصل إلى درجة ندرة الحدوث- أي إلى الشذوذ- ليس دائماً واضحاً في مركبات نفسية تواجه تطبيق وسائل القياس والكم بالكثير من الصعوبات والعراقيل، كذلك نجد أن المتوسط الذي يسهل حسابه إحصائياً يغدو صعب المنال حين ننتقل إلى تحديده على أساس أنه سلوك في بيئة اجتماعية أخرى.



2- المعيار الذاتي أو الفردي:

يعرض هذا التحديد (موس وهانت) في كتابهما عن أسس علم الشذوذ النفسي حين يذهبان في تحليل البناء الشخصي لكل منا إلى الآراء التي نعلنها عمن هو الشاذ وعمن هو السوي، فنحن، كما يقولان، ننظر إلى الناس ونلاحظ ظروفهم وتصرفاتهم، وكثيراً ما نقول عنها أنها (سوية) حين تنسجم مع أفكارنا وآرائنا الذاتية، كما نقول أنها (غير سوية) حين تختلف عن هذه الأفكار والآراء، وهكذا فإننا إنما نُحكّم ذاتنا وكيانها الشخصي الفردي حين نتحدث عما هو سوي أو غير سوي، ونُحكّمها معتمدين على كل ما قبلته وألفته في خبرتها السابقة، وأكثر ما يكون السوي في نظرنا هو ما يتلاءم مع ما نرغب فيه، أو ما هو مرغوب فيه من وجهة نظرنا الشخصية، بينما يكون الشاذ نقيضه.

إن سلبية هذا المعيار في أنه لا يترك مجالاً للكشف عن معيار عام وغير شخصي نميز به بين ما هو سوي وما هو شاذ، وهذا يعني إغلاق الباب عملياً أمام كل بحث علمي في دراسة التكيف حين تكون غاية البحث العلمي الوصول إلى التعميمات والقوانين وكذلك فإنه لا يمكن تسيير الناس عامة حسب رأي شخصي واحد وأن نطلق عليهم الأحكام جزافاً وفقاً لرأينا الفردي أو الذاتي.

3- المعيار الاجتماعي:

يذهب إلى الأخذ بهذا المعيار المعنيون بالأمور الاجتماعية والمنادون بضرورة إعطاء المكانة الأولى للأسس الاجتماعية في بحث الطبيعة الإنسانية فالمجتمع كما يرونه يضم مجموعة من العادات والتقاليد، والآراء والأفكار التي تسود سلوك الأفراد

الذين يتألف منهم فإذا ما خرج الأفراد على هذه المعايير التي تسود مجتمعهم اعتبر سلوكهم شاذاً، وهكذا يكون التوافق بين سلوك الأفراد وقيم المجتمع هو السواء ويكون عدم التوافق شذوذاً (يأخذ الاتجاه الاجتماعي أدلته من الدراسات الانثروبولوجية على المجتمعات المتعددة وبخاصة البدائية منها، والاختلافات التي توجد بينها في تقدير السلوك الشاذ والسلوك السوي المقبول، وهي أدلة كثيرة ومتنوعة، فقبائل (زوني **Zoni**) مثلاً تنتظر من الأفراد ألا يظهروا الكثير من الطموح وأن يكظموا انفعالاتهم وأن يميلوا عن القساوة وأن يتعاونوا، بينما تقوم المفاضلة بين أفراد قبائل كواكيوت **Kwakiat** على التبجح بالأطماع، وعلى جمع الثروة وعلى الخلاص من الآخرين ودحرهم وعلى القساوة والقتل، كذلك نجد عند عدداً من القبائل التي ما تزال تعيش حياة ابتدائية في استراليا، الكثير من الاختلاف بينها في العادات المتصلة بما تراه جيداً أو مناسباً وما تراه منكراً أو غير مقبول) (الرفاعي، 1987، 64) .

ولا ينكر أحد بأن للجماعة دور فاعل في تحديد سلوك الأفراد والحكم عليها، فهناك مصطلحات كثيرة، كالعيب والحرام والمستحسن، نطلقها عند رؤيتنا لسلوك ما، ولكن يجب الانتباه إلى أنه ليس كل أفراد المجتمع يتفقون على ذلك، فبعض الأفراد يعتبرون السفور – عدم ارتداء الزي الشرعي الإسلامي – حرام وعيب، وآخرون في نفس المجتمع ومن المسلمين يعتبرونه غير ملزم وأحياناً يعتبرونه نمطاً من أنماط التخلف والتراجع إلى عصور غابرة.

أما أهم السلبيات على هذا الاتجاه تضمن في النقاط التالية:

1- يؤثر التطور التاريخي في تغيير كثير من العادات والتقاليد في المجتمع الواحد، وعليه يختلف المعيار في الحكم على السلوك من وقت لآخر.

2- هناك أشكال كثيرة من السلوك تعتبرها مجتمعات بأنها شاذة في حين أن مجتمعات أخرى لا تعتبرها كذلك.

3- قد يختلف أبناء المجتمع الواحد على السلوك الشاذ وذلك حسب طبقاتهم الاجتماعية أو أوضاعهم الاقتصادية.

4- هناك أشكال من الشذوذ لا توجد إلا في بعض المجتمعات ويصعب تعميمها على كافة المجتمعات.

4- المعيار الطبيعي:

يعتبر هذا المعيار من أقدم المعايير حيث يرى القائلون بهذا الاتجاه بأن الطبيعة كاملة من حيث الأصل، وأن الانحراف عن النظام فيها والانحراف عن أشكال السلوك الظاهر في الطبيعة الأصلية لأنواع الحيوان، إنما يعبر هو نفسه عن الشذوذ، فلدى كل حيوان أنواع من الدافع أو الغرائز قد زود بها وارتبطت بقضائها أنماط أساسية من السلوك لديه، وقد نظمت شؤون الحي في الأصل لتوفر الظروف المناسبة لتلبية تلك الدوافع وفق خط الطبيعة.

إن الاستواء أو النظامية بهذا المعنى هو إذن في العمل وفق ما تقتضيه الطبيعة، أما الشذوذ فيكون عند الإنسان بعمل ما يكون ضد الطبيعة، أو هو العمل المناقض للطبيعة، أو هو انحراف بالغ في سلوك ما عن طبيعته الأصلية.

أما أهم سلبيات هذا الاتجاه هو:

1- اعتبار الطبيعة الجامدة عاقلة وتضع القوانين الخاصة بالحكم على سلوك الإنسان العاقل بناءً على مجموعة غرائز أو دوافع.
2- إن القوانين السلوكية التي تنطبق على أرقى الحيوانات لا يمكن اعتمادها للحكم على سلوك الإنسان.
3- هناك حالات شذوذ في القوانين الطبيعية، كأن تقوم بعض الحيوانات بأكل وليدها، فهل هذا يبرر أكل الإنسان لأبنائه.
4- هناك بعض الإجراءات الإنسانية التي تهدف إلى الحفاظ على حياته وتنظيمها كاستغلال الموارد البيئية، وتغيير كثيراً من الظروف البيئية لكثير من المواقع بما يناسب وفائدة الإنسان، أو التدخل في البيئة البيولوجية للإنسان والقيام بما يسمى بتنظيم النسل والذي يتعارض مع قوانين الطبيعة.

5- المعيار النفسي الموضوعي:

ينطلق هذا المعيار من فكرة النظر إلى وظائف العملية المعقدة التي ينطوي

عليها السلوك، ويعتقد منظرو هذا المعيار بأن الشذوذ يكمن في الاضطراب الشديد الذي تظهر آثاره في السلوك ووظيفته، ويقول جاسترو Jastraw في حديثه عن الشاذ والسوي، وفيه: (إن الشذوذ ليس في الحادث العجيب، ولا هو مجرد الاختلاف عن الغير، وإنما يكون الشذوذ في تلك الحالة التي تختلف عن غيرها والتي يقودنا تحليلنا لها إلى معرفة حول طبيعتها تكشف لنا هي نفسها عن المعنى الحقيقي للشذوذ).

إن كل حالة نفسية عملية نشطة تؤدي وظيفة وتظهر في عدد من المظاهر يمكن للملاحظ عن يحيط بها، فلا يكفي في هذه المظاهر أن تكون نادرة الوقوع وعجيبة لنسمي الحالة شذوذاً، ولا يكفي فيها أن تكون مختلفة عن المألوف لنسميها شذوذاً، بل أنها توصف بالشذوذ حين يقودنا التحليل العلمي لها إلى التأكد من وجود الاضطراب الوظيفي الشديد فيها، ويعني ذلك أننا نعتمد الفحص والتحليل في الحكم على الحالة وننطلق في ذلك من ظهورها على أنها قليلة الحدوث- من حيث نسبة وقوعها- وأنها مختلفة في أعراضها عما يبدو عند الناس عادة أي أنها مخالفة لما عليه الجماعة. والفحص في النهاية هو الذي يكشف عن وجود الاضطراب الشديد الذي يسمح بتسمية الحالة حالة شاذة أو أن الفحص يبين عكس ذلك.

وهناك اتجاهان في تطبيق مفهوم فحص الحالة للتأكد من الشذوذ وهذان الاتجاهان غالباً ما يؤديان إلى نفس النتيجة وهما:

أ- اتجاه يعتمد على تحليل الحالة النفسية في وظائفها، ونوع نشاطها وأعراضها والآثار التي تخلفها في سلوك الفرد من حيث أن السلوك محصلة لعمل مجموعة من الوظائف.

ب- اتجاه ينطلق من نظرية النظم في تكوّن السلوك، فهو ينظر إلى الشخصية على أنها منظومة معقدة تنطوي على عدد من النظم الفاعلة النشطة والمتداخلة، وأن الاضطراب الذي يحدث في السلوك ليس إلا أذىً لحق بعنصر قابل للتغير ضمن نظام من الأنظمة وأثر في عمل ذلك النظام، ونتج عن ذلك تغيير في عمل ذلك النظام أدى بدوره إلى التأثير على أنظمة أخرى.

ويمكن لنا في هذا الميدان اعتماد كافة الاختبارات النفسية المقننة والمعتمدة في

تحليل السلوك وقياسه وتحديد أبعاده على أنـها أسـاس إحصـائي في تحديـد السـلوك السوي والسلوك الشاذ، ويعتبر تحليل الحادث أو السلوك الشاذ والبحث عـن آثـاره الوظيفية أمراً مهماً في تحديد سواء أو شذوذ السلوك.

وأخيراً، فإن البحث عن الوظائف أمراً شائكاً وصعباً بسـبب تعقـد جوانـب الحالة النفسية، ولكن كثرة الدراسات العلمية وتراكم النتائج، وتراكـم الملاحظـات المستخلصة من العيادات النفسية أدت إلى تسهيل دراسة السلوك وجعله أكثر يسـراً ودقة.

6- المعيار التكاملي أو السريري:

يسمي البعض المعيار التكاملي بالسريري لأنه معيـار مـرن واسـع يمكّـن مـن صياغة التفاصيل الدقيقة لتعريف الفرد خلال ظاهرة تعرف تدريجـي ومسـتمر علـى خصائصه الفريدة ومتطلباته الأساسية.

ويشمل هذا المعيـار التكيـف والتكـامل والنضـج وإرضـاء الـذات وسـلامة المجتمع. ويتجاوز المعيار التكاملي في حقيقة التكيف الفردي إلى الشروط الاجتماعيـة التي يفرضها العلم والتجربة، وكذلـك فـهو يحترم قيمـة الفـرد ويمنحـه الحريـة في الاختيار وإرضاء الذات، ولا يتفق هذا المعيار مع الشائع وإنما يتفق مع المعرفة المتوفرة حـول الفـرد والمجتمـع وحاجـات الكـائن البشـري بمسـتوياتها العضويـة والنفسـية والاجتماعية أي المتكاملة.

بناءً على هذا الاتجاه الحديث فإن حدود السلوك الشـاذ تتسـع لتشـمل عـدداً كبيراً من السـلوكات وردود الفعـل الهدامـة كـالانحراف الجنسـي والتمـيز الفئـوي والغش والإدمان والذهانات والعصابات واضطرابات التكيف.

إن للمعيار التكاملي آثاراً هامة وتطبيقات مفيدة في تشخيص السلوك الشـاذ وعلاجه والوقاية منها، فلا يعالج الفرد الشاذ بإخضاعه للشروط الاجتماعيـة القائمـة بصرف النظر عن الطبيعة الذاتية لذلك الفرد، بل يعمـد إلى بنـاء شـخصية الفـرد وتقويتها ودفعها للنمو في مساراتها الفردية جنباً إلى جنب مع تصحيح علاقاتها مـع الأسرة وتصحيح سائر الأوضاع الاجتماعية الشاذة التي تعيق تكيف الفرد أو تمنعه.

وأخيراً يوصف المعيار التكاملي بالمرونة التي تتيح للباحث الأخذ بمعطيات تطور المعرفة العلمية حول السلوك البشري وإحداث التغيرات الملائمة في المفاهيم والممارسات على السواء.

رابعاً: أسباب الشذوذ

التكيف الذي نحققه ينتج عن عوامل بعيدة وأخرى آنية، تهيء العوامل البعيدة للاضطراب النفسي الأرضية العامة المتفجرة، من العوامل المهيئة ديناميكية الشخصية وتطورها وأنماط استجاباتها، أما العوامل الآنية فهي الحوادث الجزئية التي تولد الاضطراب النفسي اليوم وليس بعده. إنها العوامل الحاسمة التي تفجر الاضطراب المحتمل المتراكم، النقطة التي تسبب إراقة الكأس الطافحة، وليست العلاقة بين العوامل المهيئة والعوامل المفجرة بهذا التعاقب الزمني البسيط، فقد يعمل ما يهيء لاضطراب اليوم على تفجير اضطراب الغد، أنها لسلسلة متعاقبة ومتداخلة تجعل من الصعب على الباحث إقامة حد قاطع بين صنفي العوامل.

تفرض العوامل المفجرة، بسبب تنوع طبيعتها استخدام أساليب خاصة تنسجم وطبيعة كل عامل، فيستخدم الجهر الالكتروني لتقصي ورم الدماغ ومشرط الجراح لمعرفة الجرثوم المعشش فيه، ولا بد من اللجوء إلى التحليل الكيميائي لمعرفة نوعية (اضطراب الهرمونات)، والى الروائز العقلية وروائز القدرات الخاصة لمعرفة الأعراض الإدراكية والعقلية، وتفيدنا عملية تحليل المعايير والقيم الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد في تقدير شذوذ السلوك أو سوائه.

تعدد العوامل المفجرة وتتنوع وتعمل منفردة أو مجتمعة، فمنها الأسباب البيولوجية والوراثية أو الأسباب البيئية والمتمثلة في نمط التربية الأسرية، ونمط التربية المدرسية المتعددة.

الدالة 1 - الوراثة:

تتكون الخلية الملقحة من 23 زوجاً صبغياً تتفاعل فيها المورثات أي المكونات النوعية الموجهة للنمو، يأتي نصف كل الصبغيات من كل والد، تنجم المنغولية

وهي نمط من التخلف العقلي يعاني المريض فيها من انحراف العينين وفلطحة الوجه عن وجود صبغي ثلاثي، ينشأ (تناذرترنر) المتميز بجنسية طفلية عن شذوذ في صبغي الجنس، يتكون صبغي الأنثى من الرمزين (ص ص) وصبغي الذكر من الرمزين (ص س) من الأم والأب بالتعاقب، يقل تعرض الإناث لذاك التناذر بسبب تصحيح الصبغي السليم للمصاب من طبيعة ص، تمكن الباحثون بدراسة خلايا المنسل من رسم المخطط الصبغي للفرد وفهم الاضطراب والتنبؤ به، يتبين أيضاً أن الشذوذ الصبغي يؤدي على العموم إلى تشويه بنية الجسم وليس إلى الاضطرابات النفسية.

تحليل الدالة:

يؤثر بعض أنواع الشذوذ الصبغي في اضطرابات الجسم، وتجر تلك الاضطرابات بدورها إلى الاضطرابات النفسية، يولد (تناذر ترنر) اضطرابات جنسية طفلية لدى الراشد، وليست الجنسية الطفلية لدى الراشد إلا ضرب من الانحراف النفسي الواضح الأثر في التكيف البشري.

لئن سلمنا بحمل المورثات للصفات النفسية المنحرفة فإن احتمال ظهورها في جيل واحد غاية في الضعف، فقد تبين أن لخلية جنسية ذكرية واحدة من أصل 5000 خلية يقذفها شخص في لحظة ما احتمال واحد بنقل مورث جديد، لكن قد يتحقق الاحتمال، ولو بتلك النسبة الضئيلة، لا زالت الدراسة الدقيقة للخلايا الجنسية ومورثات صبغياتها في مرحلة الطفولة. ومن الصعب، بمكان التعميم من علم لم يتم تخطيطه بعد.

الدالة 2 - تاريخ الأسرة والتوائم:

يتساءل الباحثون عما إذا كان تزايد نسبة الإصابات بازدياد شدة القرابة يعود إلى أثر العوامل الإرثية في المرض النفسي، توصل كالمن 1953، 1958م، إلى الجدول التالي بشأن الفصام:

توافق إصابة الأقارب بالفصام (كالمن)

درجة توافق الإصابة	درجة القرابة
٪86.20	التوائم المتماثلة (بويضة واحدة)
٪14.5	التوائم المختلفة، بويضتان
٪14.2	الأشقاء
٪7.1	أنصاف الأشقاء
٪0.85	عامة الناس

تحليل الدالة :

أقنعت دراسة أسرتي كاليكاس ويوكس الشهيرتين الباحثين بواقعة توارث المرض النفسي، وتؤكد وقائع كالمن ذلك فتفوق جميع نسب إصابة أقرباء الدم بالفصام نسبة الناس الآخرين، وترتفع نسبة الإصابة فتزيد عن 86٪ لدى التوائم الناشئة عن بويضة واحدة والمتماثلة في المعطيات المورثة، ولا تقل تلك النسبة عن 7٪ لدى أنصاف الأشقاء الذين تتنوع معطياتهم الإرثية وتختلف بسبب اختلافهم في أحد الوالدين.

تعاني دراسات تواريخ الأسر من نقائض طرائقية تحد من قيمة النتائج. فقد يرجع ازدياد نسبة المرض النفسي لدى الجيل الجديد إلى وحدة الشرائط التربوية في الأسرة لا إلى المورث الصبغي، تعارض نتائج دراسة التوائم المتماثلة هذا التفسير لارتفاع نسبة الإصابة لديهم خلاف حال كل الأقارب، غير أنه من الصعب التمييز بين التوائم المتماثلة أو المتشابهة، وتنخفض نسبة المرض كثيراً لدى هؤلاء عندما يربون في أوساط مختلفة، لقد انخفضت نسبة إصابة التوائم المتماثلة المنحدرين من والدين مصابين بالفصام إلى 20٪ في دراسة من هذا القبيل.

دفع فشل الاضطرابات النفسية الوظيفية في اتباع نمط وراثي محدد، علماء

الأجنة إلى الاعتدال في أحكامهم وإلى اللجوء إلى مفهوم الاستعداد المورث، يعتقد الباحثون، طبقاً لمفهوم الاستعداد المورث، إن المورث المشوه يولد تشويهاً في واحدة أو أكثر من منظومات الجسم فتضعف مقاومته للاضطرابات النفسية وغيرها، مما يفقد الكائن المناعة الكافية إزاء الضغوط فيصاب بالمرض النفسي.

الدالة 3- البنية:

ربط شلدون 1949، 1954م البنية العضوية بالشخصية وبالمرض النفسي بتصنيفه الجسم في ثلاث أنماط تنشأ عن الطبقة الحشوية أو العظمية العضلية أو العصبية، تقابلها ثلاثة أنماط من الطباع، الاعتياشي والرياضي والعصبي، يتميز النمط الطبيعي القائم على النمط البنيوي باستعداده للإصابة بنوع متميز من المرض النفسي.

نظرية شلدون في الأنماط

النمط	الاعتياشي	الرياضي	العصبي
الطبقات الجسمية	الحشوية	العظمية العضلية	العصبية الحسية
سمات الطبع	مدور، سمين، متراخ، كسول، اجتماعي	عضلي، قوي، عدواني، نشيط، (ضد المجتمع)	نحيل، ضعيف، حساس، أتوف،فعال (مع المجتمع)
المرض النفسى المسيطر	الهوس والهمود	الهوس والهمود	الفصام

تحليل الدالة :

يدعي شلدون أنه يستطيع تحديد البنية الجسمية بثلاث بيانات رقمية يتراوح واحدها بين 1-7 فيحدد النمط الجسمي للفرد بثلاث نقط ويصنف في النمط ذي النقطة الكبرى، لم يحدث أن نال أي فرد النقطة صفر في البنيتين الثانويتين، كيف

نصنف فرداً نال النقطة 5-3-4 وهل هو اعتياشي أم رياضي أم عصبي؟ الفرق بين الاعتياشي والعصبي مجرد نقطة 5-4 وليس ثمة أنماط جسمية محددة وليس ثمة أنماط طبيعية قاطعة.

قد لا يمكن الثقة بفرضية شلدن التي تربط المرض النفسي بالعضوية، فلا يعقل أن يكون لنمطين مختلفين استعداد مماثل للتعرض لمرض نفسي واحد، للطبيعة قوانينها نعم لكنها قوانين غريبة كما يقرها شلدون فللاعتياشي السمين المدور المتراخي العاطفي وللرياضي القوي العدواني النشيط استعداد مرضي واحد هو الاستعداد للوقوع ضحية الهوس والهمود، حبذا لو ربط شلدون الأمر منطقياً لكان جعل للاعتياشي استعداداً همودياً وللرياضي استعداداً هوسياً وذلك تبعاً لارتباط أعراض كل من الهوس والهمود بصفات الاعتياشي والرياضي بالتعاقب الترتيبي.

فات شلدون أن الفصام يصيب الناس في عمر مبكر، حيث لا يزال الجسم نحيلاً، وأن الهوس والهمود يضربان البالغين الكهول بعد أن يشتد عودهم ويترهلوا، ما إقامة شلدون من علاقة بين الاستعداد للمرض والنمط البنيوي خاطئ، لأنه لم يجد للبنية منطلقاً قياسياً بمعزل عن الانحرافات اللاحقة التي تتعرض لها العضوية.

هذا، وتتذبذب نتائج الدراسات التجريبية حول علاقة النمط الجسمي بالطبع والمرض النفسي بين داعم وداخض، ولعل ذلك يرجع إلى ما قررناه من انعدام المنطلق القياسي والمعزول عن الانحرافات والتشوهات البنيوية العرضية.

الدالة 4 - البنية وكيمياء الجسم والفعالية:

وضع الطبيب اليوناني هيبوقراط منذ ما يزيد عن ألفي سنة تصنيفاً رباعياً لأنماط الشخصية أقامه على المزاج أو سوائل الجسم، أهملت نظرية هيبوقراط منذ عهد طويل لكنها بقيت منطلقاً لربط العضوية بالشخصية.

يتوقف السلوك على الفروق البنيوية في مختلف أجهزة الجسم وعلى مستوى الفعالية الخاص بهذه البنية أو بتلك، يعمد ذوو الطاقة القوية إلى تفريغ التوتر بالفعالية العصبية العضلية، ويميل ذوو الطاقة المنخفضة إلى تفريغ توترهم بالتخيل والتفكير، وشأن الرضيع في ذلك شأن الراشد يمكن لردود الفعل تلك أن تهيىء

الفرد لمرض نفسي أو لآخر، أشار ايزنيك 1960م إلى أن الإفراط أو التفريط في الفعالية الذاتية يقود إلى الاضطراب النفسي فقد يجر التنشيط المفرط للذاتية، مثلاً، إلى الفعالية فالمخاوف الاقترانية، فالقلق الذي يقاوم فعل الكف ويحدد الاستجابة للضغط، ويؤدي ضعف التنشيط إلى إنخفاض شدة تكون الاستجابات الاقترانية فيتحول الفرد فاشلاً اجتماعياً، أو يعاني سلوكه من العدوانية ونقص السيطرة الداخلية ويغدو عدوانياً استحواذياً، تظهر آثار القصورات البنيوية في كيمياء الهرمونات والأنزيمات والنفايات أثناء الضغط وتؤدي إلى عرقلة الكيمياء الحيوية في الدماغ مما قد يجعل الفرد أقل مناعة لاضطراب أو آخر أثناء تعرضه للضغط المزمن.

تحليل الدالة:

لا شك في أن الفعالية العضوية تؤثر في نمط الاستجابة للضغط، لكننا نتساءل ونحق عن أساس الفعالية العضوي، إن كان لها أساس على الإطلاق، أهو في كيمياء الهرمونات والأنزيمات؟ أم أن الفعالية العضوية نفسها أساس لتلك الكيمياء، وما الذي يدفع إلى الإفراط أو إلى التفريط في الفعالية؟

لا يزال البحث في البنية العضوية والكيمياء الحيوية وعلاقة البنية والكيمياء بالفعالية حديث العهد، ونشك في أن يبقى كذلك بسبب صعوبة العزل التجريبي أو استعصائه لدى الإنسان، لا تخضع العوامل المشار إليها نفسها للدراسة التحليلية التي تقوم على تقصي الحالات النادرة التي تعاني اضطراب هذا العامل أو ذاك وتحليل تلك الحالات، ولا يثق العلم كثيراً بالقوانين المستنبطة من التحليل حتى ولو توفر العدد الكافي من الحالات التي تخضع للتحليل، يتألف المركب البنيوي للفرد من عوامل عديدة، ويندر أن يصاب عامل واحد في عدد من الحالات، وعامل ثان في عدد آخر، مما يقيد الباحثين في تقصيهم للعلاقات الوظيفية بين مختلف العوامل بصورة واضحة ومبسطة.

ويمكن تلخيص أهم النتائج التي كشفت عنها البحوث والدراسات في مجال العوامل العضوية والفسيولوجية وارتباطها باضطرابات السلوك فيما يلي:

1- يعتقد البعض بأن العوامل الجنينية يحتمل أن تكون أسباباً في حالات الشيزوفرينيا.

2- يعتبر البعض البناء التكويني للجسم سبباً في بعض الاضطرابات، ومن أمثلة ذلك:

أ- قد يوجد ارتباط بين البناء الجسمي والتوافق مثل:

- النمط الجسمي المعروف باسم (الجلدي) قد يرتبط بعدم الارتياح والشعور بالقلق.
- النمط الجسمي المعروف باسم (العظمي) قد يرتبط بالميول العدوانية والصرامة.

ب- قد يرتبط الجهاز العصبي المستقل (اللاإرادي) بالسلوك:

- ترتبط سيطرة الجهاز السمبثاوي بحالات الاعتماد على الآخرين، وعدم الاستقرار وعدم الشعور بالأمن.
- ترتبط سيطرة الجهاز البارسمبثاوي بحالات الاعتماد على النفس والاستقرار والثبات والشعور بالأمن.

جـ- العلاقة بين التغيرات الهرمونية والنمو الجسمي باضطرابات السلوك لم تتضح حتى الآن.

3- عوامل الإنجاب:

أ- مدى الدلالة البيئية فيما قبل الميلاد ليست واضحة فيما يتعلق باضطرابات السلوك عند الأطفال فيما بعد.

ب- اضطرابات السلوك أكثر شيوعاً بين الأطفال المبتسرين عن غيرهم.

4- التلف المخي أو سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي:

أ- يعتقد الكثيرون بأن سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي يعتبر من العوامل المسببة لاضطرابات السلوك.

ب- لا يوجد دليل مباشر على أن التلف المخي يرتبط بنوع محدد من الأمراض النفسية.

الدالة 5- العاهات الخلقية والمكتسبة:

يعاني 20 فرداً من أصل كل مئة مرضاً مزمناً أو حاداً يعرقل نشاطهم وفعاليتهم، وماله دلالته في هذا الصدد، إن تقل أعمار هؤلاء عن الخمسين، أولاً تضع تلك القصورات الفرد في مجابهة ضغط من نوع ما وبدرجة ما، أيصدق القول بأن التشويهات الجسمية، جانبية أو أساسية، تمزق نفوس الملايين وتدفعهم إلى الكآبة؟ أولا يكون للأنف الطويل وللجلد المغطى بالنمش ولشذوذ القامة، طولاً أو قصراً، وللنظارات الطبية وغيرها من القصورات الثانوية أثرها الصادم في المجتمع؟ أو لا تفرض القصورات التافهة مشاكل خطيرة؟

تحليل الدالة:

يختلف أثر القصورات العضوية الثانوية في الاضطراب النفسي عن أثر القصورات الحادة المعقدة كالتخلف العقلي، في توقف أثر الأولى عن طبيعة تقويم الفرد وعلى قدرته على تخطي الصعوبات التي تفرضها، من الناس من يتخطى تلك المصاعب ومنهم من يعجز عن تخطيها، ويشعر الجميع بدرجة من القصور والخوف والرأفة بالذات والإحباط والقلق والغضب، ويعمد البعض إلى تخطي الصعاب وبز الخصوم الأسوياء، وهم غالبية الناس، باستجابات تغلب عليها الدفاعية المرضية، إن محاولة الأعرج التنافس مع الآخرين في سباق ما، اتهام عدائي للأسوياء بالعرج النفسي، وإشارتك، وأنت الضرير، لسليمي النظر ببلادة الفهم، اتهام لهم بالعمي العقلي.

تعمل مواقف الوالدين الوقائية أو الرافضة على تشديد مشاعر القصور والقلق لدى الناشئة، وتضيف ملاحظاتهم العابرة حول عجز الناشئ وقيامه بواجباته للقعود الفيزيولوجي الناجم عن ضرب من القعود النفسي المشحون بالكراهية والحقد، مما يهدم في الفرد قدرته على التكيف السوي، وتزداد حساسية الفرد للقصور العضوي في الفترة الهامشية الحرجة المميزة للمراهقة، يحدث القصور إبان إنشغال المراهق بتكوين مفهومه عن ذاته وهويته فيكون دليلاً يقوي مشاعر الشد السلبي التي يلقيها المجتمع والعضوية المضطربة على الناشئ، ولا يسلم البالغ

الراشد نفسه من تلك الآثار اذا ما تعرض لها في الفترات اللاحقة من عمره، دلت مختلف الدراسات على ظهور اضطرابات التكيف لدى 60٪ ممن أصيبوا بساقهم أثناء الحرب، ولم يسلم من التفكك التام سوى 40٪ من الناس وبقيت لدى هؤلاء الذين نجحوا إلى حد ما في تكيفهم رواسب دفاعية بارزة مميزة لسلوكهم.

وخلاصة الأمر، يعرقل القصور تكيف الشخصية ويدفعها إلى السلوك الشاذ الذي قد يكون بداية للمرض النفسي الخطير، ولا يتعرض جميع القاصرين لدرجات حادة من الاضطرابات السلوكية، يتوقف الأمر على اتجاهات الفرد من القصور وتقويمه له وعلى موقف الأهل من القاصر، فلا يرجع الشذوذ إلى القصور نفسه بل إلى موقفنا منه.

الدالة 6- الحرمان المادي المبكر:

أطعم هانت 1941م فئتين من الجرذ بصورة طبيعية خلال فترة النمو وأطعم فئة ثالثة بصورة طبيعية خلال مرحلة الرضاعة، ونادراً قبيل البلوغ، وطبيعياً بعد ذلك، وحرم الباحث الفئة الرابعة أثناء الرضاعة وأعطاها كفايتها من الطعام بعد ذلك.

تحليل الدالة:

اختلفت أنماط سلوكات الفئات الأربع كثيراً في حياة رشدها، فمالت الفئة الرابعة إلى جمع الطعام فكانت تكدس أكواماً كبرى من طعام لا تحتاجه خلاف الفئات الأخرى التي كانت أقل ميلاً لجمع الطعام، يُفهم من التجربة أن الحرمان المادي زعزع ثقة الكائنات الحيوانية بالمحيط وبنفسها وأفقدها الاطمئنان والأمن. يمكن لنا أن نتوقع للإحباط الشديد في مرحلة الرضاعة أن يترك آثاراً سيئة في السلوك الإنساني. أكد الباحثون واقعة الحفز السلوكي لدى عدد من الحيوانات في الفترات الحرجة من المراحل المبكرة للنمو، وتعتبر البيئة الاجتماعية الفقيرة مجالاً خصباً لنمو الاستجابات غير الملائمة لدى الأفراد، كما تعتبر مؤشراً فعالاً في تشكيل الأنماط السلوكية غير المرغوبة لديهم، كذلك فإن التفاوت الواسع في المستويات الاقتصادية بين الطبقات في المجتمع تعلب دوراً كثيراً في ظهور اضطرابات

أفراد الطبقات الفقيرة وذلك نتيجة لعدم توفر الإمكانات الاجتماعية أو الأسرية على الوفاء بحاجات ومتطلباتهم المادية والصحية والثقافية مما ينعكس سلباً على سلوكهم.

الدالة 7- ليس الحرمان المبكر طعاماً:

أجرى هاري هارلو 1962م تجربة على صغار القردة لدراسة معنى الإحباط في المراحل المبكرة وآثارها في السلوك، أرضعت فئات مختلفة من القردة بعدد من السبل أعطيت إحدى الفئات الحليب من أم مصنوعة من الحديد، وقدم الحليب للفئة الثانية من أم حديدية مكسوة بالثياب، ولثالثة من أم حديدية مكسوة بالثياب ومدفأة، ولرابعة من أم حديدية مكسوة ومدفأة وتربت بيدها على الصغير المحتضن، وأرضعت الفئة الخامسة من أم عادية أي من القردة الأم، ودرس سلوك الفئات الأربع في الرشد.

تحليل الدالة :

اضطرب سلوك الفئات الأربع الأولى واقترب من الصورة النمطية للعصاب بمقدار بعد الإرضاع عن الأم، غلبت الاستجابات العصابية في الفئة الأولى وقلت في الفئة الرابعة ولم تخرج في الفئة الخامسة التي أرضعتها أمهاتها عن النسبة الطبيعية للعصاب بين عامة القردة.

تدرك صغار الحيوانات معنى الحنان بصورة اعتياشية، وللحرمان من العطف الأمومي أثر سيء في توليد السلوك الشاذ، ليس بوسعنا بعد هذه التجربة إلا أن نؤكد بأن الحرمان المؤثر في توليد السلوك الشاذ إنما هو ضرب من الحرمان العاطفي الذي يزعزع ثقة الكائن بالمحيط، وبالذات، لئن كان للحرمان مثل هذا الأثر في الحيوانات فما حجم أثره في الإنسان، هل تنحني الشجرة إذا ما مالت الغرسة، وهل أن الطفل أب للراشد؟

الدالة 8- الحرمان الأمومي:

قورن سلوك أطفال معاهد الرعاية بسلوك أندادهم الذين تربوا مع أمهاتهم

في الأسرة، تميزت الصورة السلوكية لأطفال المؤسسات بتدهور العلاقات الإنسانية، فلم يطلبوا معونة الراشد ولم يبالوا بالمواساة أو باللذة، ولم يتعلقوا بالأصدقاء، تخلف نمو اللغة والحوار لدى أبناء المؤسسات وتميزوا بالجمود الانفعالي ورتابة السلوك وتكراره، لقد حل بهم ضرب من الخمول المقعد، بحيث لم يكونوا يبالون بإرضاء مطالبهم الحيوية، وضعفت قدرة أبناء المؤسسات على التعلم ولم تتميز شخصياتهم بالنسبة إلى الصور الفريدة المألوفة لدى أبناء الأسر.

تحليل الدالة:

اعتقد، أول الأمر أن الاضطرابات السلوكية لدى أبناء المؤسسات ترجع إلى نقص العناية الفردية ومعاملة المؤسسة للأطفال كمجموعة، فبُذلت الجهود في دراسات أخرى، لتأمين العناية الخاصة لكل طفل بالاحتكاك الشخصي المباشر معه، أي بتقليد رعاية الأم للطفل، لم تجد المعاملة الفردية في جعل سلوك أبناء المؤسسات سوياً، نستطيع القول بأن الأطفال البشريين، كأطفال الحيوانات الأخرى، يحتاجون لشيء تستطيع الأم وحدها إعطاؤه، هذا الشيء هو الحب، أي الإحساس بالثقة المتبادلة بين كائنين.

هناك مرحلة حرجة يحتاج فيها الرضيع إلى الحب، يقول المثل أطرق الحديد وهو ساخن تؤكد مختلف التجارب أهمية الحب الأمومي الباعث على الثقة المتبادلة خلال مرحلة الرضاعة المبكرة، لا يعني هذا المبدأ أن الطفل يشعر بالاكتفاء من الحب والثقة بعد مرحلة الرضاعة، بل يشير إلى اختلاف نوعية ومدى التلف الناجم عن الحرمان من الحب الأمومي باختلاف مراحل العمر، هذا ولا بد من الإشارة إلى أن شدة الشذوذ السلوكي ونوعيته تتوقفان على طول فترة الحرمان وشدته وعلى نوعية الرعاية البديلة ومدى مماثلتها لعناية الأم.

يبدو أن الحد الأعلى من التلف ينشأ عن الحرمان في مرحلة الرضاعة المبكرة، أي بين الشهرين الثالث والسادس من العمر، ويتناقص التلف تدريجياً حتى السنة السابعة، وتزداد آثار الإيواء الطويل بتشدد الإحساس بالرفض لدى الطفل.

ولا تتأثر مختلف المظاهر السلوكية بالحرمان الأمومي بذات القوة، تعتبر

الظواهر الذهنية كاللغة والتجريد أكثر تأثراً من الظواهر الانفعالية المتمثلة بإقامة العلاقات الإنسانية الدافئة مع الآخرين، والظواهر الأخيرة أكثر تأثراً من ظواهر السيطرة التوجيه على الدوافع الآنية لصالح الأهداف ذات المدى البعيد.

تتجلى آثار الحرمان الأمومي الحاد في دراسة بيرز وأوبرز 1950م ل 38 مراهقاً سبق أن دخلوا مؤسسات الرعاية بين الأسبوع الثالث والسنة الثالثة، درس الباحثان نتائج ذلك الحرمان بين العمرين 16 و 18 سنة، برزت آثار الحرمان في توليد الاضطراب النفسي بصورة مرعبة، فانقلب أربعة من المراهقين فصاميين، وتعرض 21 منهم لاضطرابات طبيعة حادة، وعانى أربعة فتيان من التخلف العقلي، وعانى اثنان منهم العصاب، ولم يقد سوى سبعة مراهقين حياة تكيف سلوكي سوي أو مُرض.

أكد العديد من الباحثين اختلاف آثار الحرمان الأمومي من طفل لآخر، ومن مجتمع لآخر، يبقى أطفال بعض المجتمعات مكافحين أسوياء برغم الشرائط السيئة لرعاية الأم. لا يعني هذا، على الإطلاق انعدام آثار الحرمان الأمومي في توليد الشذوذ في تلك المجتمعات، فقد يرجع الفرق إلى اختلاف المعايير التي تميز السوي من الشاذ، وإلى انخفاض نسبة المعرضين لهذا النوع من الاضطراب أو ذاك في تلك المجتمعات، وليس إلى انعدام الاضطراب، ليس ثمة شك حول ما يتركه الحرمان الأمومي في الطفولة من آثار مدمرة في المجالات الذهنية والانفعالية والاجتماعية وحتى العضوية، إن للحرمان الشديد آثاراً سلوكية عصية على الشفاء الجزئي أو الكلي مهما بلغته المحاولات التصحيحية من دقة وعناية.

الدالة 9- أنماط الرعية الأسروية:

يولد النمط التربوي الذي تتبعه الأسرة في تربية أطفالها انحرافاً سلوكياً متميزاً كالتالي:

علاقة الأنماط التربوية بالانحرافات السلوكية

النمط التربوي	الانحراف السلوكي
1- الرفض	حطة صورة الذات، فشل التمييز بين المستحسن والمستهجن، لفت الانتباه، الحسد، العدوان، الوحدة، انعدام الثقة، الحرمان الانفعالي
2- الوقاية	الاتكالية، انعدام الإحساس بالواقع وفرص اختياره، عدم تكون المهارات الضرورية، الخمول، الشعور بالعجز
3- التدليل	الفساد، الأنانية، الإلحاح، العدوانية، انعدام الصبر، استغلال العلاقات الاجتماعية، العجز عن تقويم الأوضاع والأشياء
4- المطالب المتشددة	تثبيط الإحساس بالجرأة والقيمة، انعدام العفوية والتلقائية النمائية، (راقبي ما فعلت يا أمي)
5- المعايير الخلقية الجامدة	التذمر من الأشياء وانتقادها، القسوة على الذات، طفلية الضمير، العجز عن تقويم السلوك، الثورة المفاجئة والانحراف، تجمد الشخصية وقصورها
6- الانضباط	الخوف، الحقد، القسوة في حساب الذات، انعدام روح المبادرة والعقوبة، ضعف مشاعر الصداقة، التهديمية الاجتماعية وزعزعة القيم، العدوانية
7- تنافس الأشقاء	ميوعة المعايير الخلقية، زعزعة الأمن، السلوك المستهجن لجذب الانتباه، النكوص، العدوانية
8- انحراف النمط الوالدي	تقليد النمط الوالدي المنحرف

تحليل الدالة :

للأسرة آثار مؤكدة في تحديد شذوذ السلوك، تتنوع الأخطاء التربوية في الأسرة وتتعدد، يجزل بعض الأهل العطاء، ويقتر البعض الآخر له فيحددون فعاليات الطفل بمنتهى الدقة، وتقف فئة ثالثة حائرة لا تفعل شيئاً لإغناء محيط الطفل وإثارته، تخطىء بعض الأسر فتلقن صغارها أنماط سلوكية مثالية، أو خاطئة، أو متشددة، وتعجز أسر أخرى عن معاناة أي إحساس بالوالدية، تنعكس ممارسات الأهل التربوية الخاطئة في سلك الناشىء اضطراباً يدمر التكيف السوي.

يتجلى رفض الوالد أو الوالدين للطفل بعجز الأهل عن ايصال حبهم للطفل بسبب انعدام الحب لدى الوالدين أو عجزهم عن التعبير عنه، يحط إحساس الطفل بالرفض من مفهومه حول ذاته لأن مفهوم ذات الفرد عن ذاته انعكاس لاتجاه الآخرين من الذات، فيعجز الطفل، نتيجة لذلك، عن التفكير حول نفسه بصورة إيجابية وتغيم قدرته على التمييز بين السلوك المستحسن وبين السلوك المستهجن لإنعدام عاملي الثواب والقصاص الملازمين لتقبل الوالدين للطفل ورضاهم عنه، تتزعزع ثقة الأطفال الذين يحسون بالرفض بأنفسهم ويضحون مخلوقات وعديلة، دائبة البحث عن الانتباه حسودة عدوانية، تعاني آلام الوحدة وتعجز عن تبادل العطف مع الآخرين.

تتضمن الوقاية الأمومية أو الممية مراقبة الأم المستمرة لطفلها، ومنعه من المخاطرة، ووقايته وإلباسه وتنظيفه واتخاذ قراراته، قد ترقد الام مع طفلها وتحتضنه باستمرار ودونما مناسبة، تحول الممية بين الطفل وبين المجابهة المباشرة مع الواقع فيعجز عن تكوين المهارات الأساسية اللازمة للكفاح ولتقويم الواقع بصورة موضوعية، ترادف الممية عبارة لست كفء، وسرعان ما يتقبل الطفل مضمون العبارة فيقعد ضحية الخمول وزعزعة الثقة، إن الصبيان أشد تعرضاً لأذى الممية من البنات بسبب طبيعة الأدوار الاجتماعية الخاصة بكل جنس، لسنا نضيف الكثير إن نحن أكدنا أن 75٪ من الأمهات الواقيات لا يحترمن أزواجهن، ويعوض احتكاك تلك النسوة بأطفالهن الرضى الضائع بسبب كراهيتهن لأزواجهن، لا تعجب إن وقى

الرجال البنات لذات السبب أو إن نادت الأمهات أطفالهن (حبيبي متى أفرح بك يا أسد الرجال)؟

ولا يختلف التدليل كثيراً عن الوقاية، إنه استجابة الوالدين أو أحدهما لكل نزوات الطفل وإسراعهم إلى عدن ومنها بقلب عصفور الجنة الذي طلبه بؤبؤ الفؤاد، المدللون فاسدون، أنانيون، ملحاحون، يحشرون ذواتهم في العلاقات الاجتماعية ويستغلونها لصالح أنانيتهم، لم يعتد الطفل المدلل الصبر، ولم يذق الحرمان، ولم يعرف قساوة الواقع أو يعاني الرفض، الحياة دوماً بين يدي الطفل المدلل، لذلك تراه ثورياً نافذ الصبر عاجزاً عن احتمال الإحباط أو عن تضحية الأهداف الراهنة في سبيل الأهداف البعيدة، يولد الانتقال المفاجيء للطفل المدلل من عرش المنزل إلى الشارع أو المدرسة صدمة قد تدمر شخصيته أو تدفعه إلى مراجعة الافتراضات المزيفة التي غرسها الوالد أو الوالدان في نفسه.

تتمثل المطالب المفرطة للأهل بإلحاحهم على تفوق ابنهم في المدرسة والفعاليات الأخرى، وتسير الأمور بصورة طبيعية عندما يمتلك الطفل القدرة التي تجاري مطالب الأهل لكن الأغلب أن ترتفع مطالب الأهل بعد كل نجاح يحققه الطفل، فما أن يحقق المسكين نقطة ممتازة حتى يسأل أن يحصل على أحسن نقطة في المدرسة أو الحي أو المدينة، يفشل مثل هذا الطفل في عين والديه مهما بذل من جهد، وتنحط الصورة التي في ذاته عن ذاته ويعاني الإحباط ويتهدد إحساسه بقيمته، فيقعد عن السعي أو يستميت فيه، فتتجمد فيه العفوية وتتحجر لديه تلقائية النمو.

لا تختلف المعايير الخلقية الجامدة أو الخيالية عن المطالب المثالية إلا في تمثيل الأولى للقيم الخلقية والثانية للقيم التحصيلية الذهنية، يغدو كل شيء أو عمل يواجهه الطفل أو يشتهي ممارسته خطيئة تجر الإثم والرعب، ويتجمد وجدان الناشئ ويقسو مما يحول بينه وبين الرقص والغناء واللعب مع أولاد الحي، ترادف عبارة قسوة الضمير عبارة طفلية الضمير، إذ أن الطفل يتقبل القيم بصورة عمياء ولا يجرأ على تقويم حسنات القيمة أو سيئاتها، ناهيك عن الاجتراء الخيالي عليها، فتغدو شخصية الطفل جامدة قاصرة متشددة، والأغلب أن يفقد مثل ذلك الطفل السيطرة الخرقاء

بين آن وآخر فيجترئ على ذات القواعد الخلقية ويمارس أكثر أنواع السلوك انحرافاً، فليس عجيباً أن تسمع أن أكثر التلاميذ أدباً قد غش في الامتحان أو ارتكب الموبقة.

للانضباط ثلاثة أوجه، متحرر، قاس، ومتذبذب بين التحرر والقسوة، تشير أغلب الدراسات النفسية إلى أهمية النظام الحازم المستمر والتوجيه الحكيم الصلب للنمو السليم للشخصية، ترتبط العدوانية بتسامحية الوالدين وذبذبة ممارستهم للقصاص، ويولد التحرر التربوي المفكك طفلاً فاسداً يعادي المجتمع إذ تعوزه مشاعر الثقة بذاته وحترامها مما يجره للإساءة إلى الآخرين وعدم احترامهم.

لا ننكر أن القسوة التربوية تبعث على الخوف، والحقد، وموت المبادرة، والتشدد في قصاص الذات وعقابها لكننا نميز بين القسوة العمياء وبين القسوة القائمة على ايضاح الحدود والصلابة في مراقبتها، يجب ألا ننسى أن التحرر التربوي والذبذبة بين التسامح وبين القسوة تحول دون نمو منظومة القيم الخلقية اللازمة لتوجيه السلوك، فيحار الطفل ويجهل تمييز الخير من الشر والخطأ من الصواب إذا تعرض للقصاص مرة وأهمل قصاصه ثانية وعوقب مرة ثالثة بسبب الفعل ذاته، الناشئ غرٌ بطبيعته، ولا بد له للتمييز بين الخطأ والصواب من المعاناة الحرة والاستخلاص الذاتي للنتائج، قد تنقلب المعاناة الحرة على الطفل وتدمره لذلك يجب الاستعانة بخبرة الراشد في هذا الصدد، يجب أن تقدم تلك الخبرة بالإقناع الصلب الذي يدفع الطفل إلى تقبلها بحرية وعفوية، فقد يعجز الطفل عن تكوين منظومة القيم دون التوقع الواضح للخير والشر، وللخطأ والصواب، ودون توفر طرق تربوية على درجة كافية من الاستمرار والثبات، أي دون الانضباط العقلاني الصارم.

يدفع الانتباه الوالدي والحب لأحد الأشقاء الطفل للشعور أن والديه أحبا شقيقه من دونه، وينزل في الأسرة وافد جديد يتبوأ مركز الانتباه والصدارة، فتنبعث الغيرة لدى الطفل ويهدد بقتل شقيقه أو يجرحه، وقد يبلغ به الأمر مداه فيضرب شقيقه، وسرعان ما يتعلم المعتدي أن الاعتداء المكشوف والكراهية الصريحة تزيد في خسارته للحب الضائع فيتبع أسلوباً آخر منحرفاً ومستوراً فيفرط في حب من يود

له الموت، تزعزع الغيرة الثقة، وتجر إلى السلوك المستهجن لاستعادة الاهتمام الوالدي بشكل قصاص، وليس نادراً أن ينكص الطفل إلى مرحلة سلوكية بدائية فيبلل فراشه، أو يتأتى بعد أن يكون قد ضبط مثانته وتعلم الكلام بصورة جيدة، فلا يصحح الانحراف بالقصاص، بل لا بد من الحب، والمؤذي أن ترسخ الآليات الدفاعية إلى حياة الرشد، فليس غريباً أن تكون آليات الأنا الدفاعية للراشد استمراراً لآليات الأنا الدفاعية للطفل.

يراقب الطفل والديه ويقلد سلوكهم، فيجابه الطفل الإحباط بسلوك عدواني إن كان والده أو والداه عدوانيين وكانت له عادة مراقبتهم، لا يلاحظ هذا الاتجاه في فئات الأطفال الضابطة الذين لا يراقبون والديهم أو لا يكون والدهم عدوانيين.

تؤكد نظرية التحليل النفسي أن تحول الصبي عن كره أبيه ونموه بعيداً عن الأوديبية ينشأ عن الإثم والخوف بطريقة تقمص الطفل لأبيه ومحاكاته له وتنافسه معه، قد نشك في صحة الأساس الجنسي الذي تقوم عليه نظرية التحليل النفسي، لكننا نؤكد أن الطفل يتقمص الراشد ويحاكيه والأغلب أن يكون الوالد المغاير في الجنس نمطاً للتقليد والمحاكاة، يتوقف نمو الطفل على نوعية النمط المتقمص فينشأ سوياً أو منحرفاً، قد يتلاحق الانحراف في الأسرة، ومن نافلة القول الإشارة إلى أن الطفل لا يحاكي والده ويتقمصه إلا اذا شكل الوالد ضرباً ما من نموذج محترم في عين الطفل، ويبقى الطفل دون نموذج أو يسعى لايجاد نموذج بديل إن غاب الوالد طويلاً عن البيت أو كان الوالد ضعيف الشخصية مهاناً من الوالد الآخر أو من الجيران بسبب مهنته أو شخصيته أو منزلته الاجتماعية.

يرجع الكثير من أخصائيي الاضطرابات السلوكية أسباب هذه الاضطرابات إلى العوامل الأسرية، والتفاعل القائم بين الطفل وأسرته، كما أن معظم مشاكل الأطفال الانفعالية ناتجة عن التفاعل السلبي المبكر بين الطفل والأم، كذلك فقد أثبت البحث أن تأثير الأسرة على الأطفال ليس مسألة بسيطة، ومن جانب آخر فإن الأطفال المنحرفين سلوكياً يمكن أن يؤثروا على أهلهم كما يؤثر الأهل فيهم وذلك لأن التأثيرات الأسرية تتصف بالتفاعل **Interaction** والتعامل **Transaction**.

وينظر الكثيرون إلى المؤثرات الأسرية على أنها أسباب الاضطرابات السلوك ويأتي في مقدمة هذه العوامل ما يلي:

1- الحرمان من الوالدين، لقد أظهرت البحوث والدراسات والنتائج الآتية:

أ- نتيجة لوضع الأطفال في مؤسسات داخلية أو نتيجة للحرمان يظهر الأطفال أشكالاً من السلوك العدواني غير المتطبع اجتماعياً، ونقص في ضبط السلوك الذاتي، ونقص المشاعر تجاه الآخرين.

ب- تأثير غياب الأم بشكل جزئي لم يتأكد بعد.

جـ- الأطفال المنحرفون يأتون من البيوت المهدمة بشكل أكثر تكراراً من الأطفال غير المنحرفين.

2- الخصائص الوالدية:

أ- إنجاب الأطفال المنحرفين يحدث بصورة أكثر تكراراً من والدين منحرفين.

ب- يعتبر الوالدان نماذج للعدوان.

جـ- الاب الذي يميل إلى ارتكاب الجريمة والأم التي تتصف بالبرود والهدوء هو أكثر التجمعات احتمالاً لإنتاج الطفل الجانح.

د- توجد صراعات الحياة الزوجية في أغلب الأحيان لدى والدي الطفل الجانح.

3- أنماط تنشئة الطفل التي ترتبط بنمو مشكلات لدى الأطفال:

أ- الميول العقابية عند الأم، والتسامح الزائد، وعدم اتساق المعاملة.

ب- الميول العقابية لدى الوالدين، والإهمال، والميول التسلطية، في ضبط سلوك الاطفال.

جـ- استخدام الوالدين للعقاب البدني والعنف يبدو أنه يرتبط بصفة خاصة بالسلوك العدواني عند الأطفال .

د- رفض الوالدين للطفل وتشجيع الميول العدوانية عند الأبناء والميل إلى العنف.

هـ- العقاب الصارم من جانب الوالدين على العدوان يرتبط ارتباطاً عالياً

بالعدوان عند الأبناء غير الجانحين.

و- الضبط الزائد من جانب الأم يرتبط بانخفاض الميول العدوانية عند الأبناء.

ز- سيطرة الام وكثرة القيود التي تفرضها يترتب عليها أشكال السلوك الانسحابي عند الاطفال، في حين أن التسامح المفرط من جانب الام يرتبط بسلوك العصيان وعدم الطاعة من جانب الأطفال .

ح- عدم الاتساق في خبرات ممارسة النظام توجد غالباً لدى آباء وأمهات الأبناء الجانحين.

من ناحية أخرى، فإن خصائص الحياة الأسرية قد تسهم في اضطرابات الشخصية، **ويمكن تلخيص نتائج الدراسات في هذا المجال على النحو التالي:**

1- الخصائص الوالدية:

أ- يأتي الأطفال الذين يعانون من ميول عصابية من بيوت ترتفع فيها نسبة ظهور الميول العصابية لدى الوالدين.

ب- غالباً ما ترتبط الاضطرابات العصابية لدى الوالدين بالصراع في العلاقات الزواجية.

2- التفاعل بين الوالدين والطفل:

أ- الأطفال الذين يعانون من الكف الزائد كثيراً ما يأتون من بيوت تتميز بفرض كثير من القيود على سلوك الأبناء.

ب- المخاوف المرضية (كالخوف المرضي من المدرسة) لدى الأطفال ترتبط بالحماية الزائدة من جانب الوالدين.

جـ- إنفصال الطفل عن الوالدين لفترات طويلة يميل لأن يؤدي إلى استجابات الاكتئاب والسلوك الانسحابي.

3- المؤثرات الأسرية فيما يتعلق بالاضطرابات النفس- جسمية:

أ- يبدو أن الأشكال السلبية من التفاعل بين الام والطفل التي تتضمن التهيج

الشديد وعدم وجود علاقات حميمة ووثيقة ترتبط بالمشكلات النفس- جسمية عند الأطفال .

ب- الحماية الزائدة من جانب الام قد تكون من العوامل المسببة لحالات الربو عند الاطفال، أو قد تكون من العوامل التي تؤدي إلى استمرار هذه الحالات وبقائها.

بالإضافة إلى ما تقدم توجد بعض العوامل البيئية غير المألوفة وإن كانت تلعب دورها في وجود اضطرابات السلوك عند الاطفال، **ومن بين هذه العوامل ما يأتي:**

1- المؤثرات السلبية المتعددة لخبرات وضع الأطفال في المؤسسات الداخلية تتضمن الإنفصال عن الوالدين، وسوء التغذية، ونقص الاستثارة الحسية.

2- القيم الخلقية والانحرافات عن هذه القيم تختلف فيما بين الطبقات الاجتماعية المختلفة، فالقيم الخلقية وأشكال السلوك المقبولة لدى أفراد الطبقات الفقيرة قد تعتبر سلوكاً منحرفاً من وجهة نظر أعضاء الطبقة المتوسطة.

3- النجاح الذي حققته أساليب تعديل السلوك والعلاج السلوكي للمشكلات السلوكية في الطفولة يشير بوضوح إلى وجود أساس بيني لكثير من هذه المشكلات.

الدالة 10- الصدمات النفسية المبكرة:

من مقابلة المريض كانت تنتابه نوبات الغضب لأتفه الأسباب:

حدثت التجربة المؤلمة الوحيدة التي عصفت بي ودمرت فيّ كل معاني الحياة في أمسية صيفية عندما كنت أبحث عن الورقة القديمة الباقية من خط والذي بحثت وبحثت وعنّ لي أن أبحث في دواليب زوجتي، فعثرت على ورقة قرأتها، وعيناني جاحظتان، إنها رسالة قديمة من عشيق قديم لزوجتي، والصبي الذي صرفت سبع عشرة سنة في تربيته ليس ابني، نظرت إليه باحتقار حاولت أن أخنقه فخارت يداي، لقد ربيته طوال سبعة عشرة عاماً، لقد تأكد لي أن زوجتي لا تحبني وأنني خدعت،

تلك أمسية أتذكرها، أتذكر أنني حاولت الصراخ بكل قواي عساي أن أنـام، لتلـك التجربة أثر هام في مشاعر الغضب الذي أعانيه.

تحليل الدالة:

يتعرض الناس لتجارب تمـزق مشـاعر الأمـن والكفايـة لديـهم، وتسـيء إلى تكيفهم وتدفعهم إلى الشذوذ، تـترك تلـك الصدمـات جروحاً لا تندمـل، وتعمـل الضغوط اللاحقة لتلك التجارب على إثارة الجرح القديم فيعجز المـرء عـن مجابهـة مشاكل اعتاد أن يجابهها أو يتغلب عليها، ليس عصياً أن نفهم عجز مثل هـذا المـرء عن حل مشاكل اعتـاد السـيطرة عليـها، يـترافق الموقـف المـؤلم، أي اكتشـاف خيانـة الزوجة في مثالنا، بضرب من التعلم الاقـتراني، بانفعـال قـوي مركـب مـن مشـاعر الحطة والقلق وزعزعة الأمن، يتعرض المرء لتجارب جديدة مؤلمة هي الأخرى فتنطلق الاستجابة القديمة الجاهزة التي اقترنت بالموقف المؤلم فيقعد المرء عن السـلوك البنـاء ونشـتغل بـالقلق والحطـة ويـتزعزع أمنـه، لقـد تعممـت الاسـتجابة، ولا تتعـدل الاستجابة المعممة بسبب طبيعتها الانفعالية التي تعرقل التبصر والتعديل، خاصة في المراحل الأولى من العمر.

تتعلم الاستجابة للصدمات بسـرعة، وتعنـد وتسـتمر وتتعمـم إلى المواقـف المشابهة فتغدو، مرضية تسيء إلى التكيف السوي، يرجـع الأمـر، خاصـة إلى إنعـدام قدرة الطفل على الانعكاس نحو الذات وعلى التقويم النقدي، أما الراشد فقد تزيده الصدمة المؤلمة مناعة بسبب امتلاكه القدرات المشار إليها.

الدالة 11- الإعداد الناقص للمراهقة:

وصف أريكسون 1950م، المراهقة باعتبارها مرحلة أزمة الهوية، حيث ينشـغل الفرد في تحديد من هو ومن سيكون، على المراهق أن يؤسس نفسه كفرد مستقل لـه مهنته وزوجته ووضعه ومكانته ودوره في المجتمع، ويعجز الكثيرون عن تحقيـق تلـك المهمات فتميع هوياتهم وتهتز الحياة بالنسبة لهم فيثورون وينحرفون فيـهدون حيـاة الآخرين في نفس الوقت الذي يحطمون فيه حياتهم ذاتها.

تحليل الدالة :

يُساق المراهق إلى تحقيق هويته وهو في حال من التمزق والصراع، يتمزق المراهق بين قوتين متعارضتين، تدفعه بنية عضويته النامية المكتملة إلى الإحساس بأنه غدا رجلاً قادراً، ويشعره الأهل بضرورة الاستقلال والاعتماد على الذات، لكن الأهل في نفس الوقت، يدفعون المراهق ودون وعي منهم إلى الإحساس بأنه ما زال طفلاً عاجزاً يقودونه بيديه إلى اختيار مهنته وزوجته وأصدقائه، فيغدو المراهق هامشياً لا هو بالرجل ولا هو بالطفل، فيثور الرجل في المراهق فيتخذ قراراته بذاته فيخطىء بسبب خراقته وانعدام خبرته، ويؤنب الأهل المراهق ويحاولون قيادته من جديد، فلا يستطيع الرفض ويعجز عن القبول، يهرب المراهق من تلك الحال المائعة إلى العنف يؤكد فيه رجولته، ويكره والديه وكل ممثلي السلطة، لإحساسه بأنهم أجبروه على إتيان عمل أخرق.

ليس المراهق ثائراً حاقداً عدوانياً، بل فرداً حائراً هامشياً فج الخبرة يعوزه ضرب من حكمة الكبار التي تحترم الرجل الناشئ فيه وتقوده بحزم كي يدرك من هو ومن سيكون، يكره المراهق ألا يقاد بحزم وينفر من أن يترك له كل الخيار، إنه نفسه حائر يرغب، من أعماقه ألا يكون والداه حائرين وأن يخلصونه من الحيرة بحزم خال من التجبر والإكراه وقائم على الحب والتقبل.

لا يستطيع الراشد أن يأخذ بيد المراهق إلا إذا كان قد سبق له أن أعده منذ الطفولة لتفهم مشاكل الجنس وتغير المكانة الاجتماعية، ولا يمكن قيادة المراهق لإدراك من هو ومن سيكون، إلا اذا ساعدناه على تحقيق المهمات النمائية في كل مرحلة من مراحل العمر، تنقلب محاولاتنا لمساعدة المراهق عبثاً ضائعاً، إن لم نكن قد كونا فيه، منذ الأشهر الأولى أبكر وأهم مهمة المراهقون في مجتمعاتنا لمختلف الانحرافات والصعوبات في حل مشاكل الصراع التي يواجهونها بسبب إهمالنا الجاهل للمهمات النمائية المتتابعة مع تلاحق فترات الحياة.

الدالة 12- المهارات الأساسية وافتراضاتنا :

يحتاج البالغ إلى عدد من المهارات الأساسية اللازمة لإنجاح تكيفه، يدفع

الفشل في تكوين تلك المهارات أو في تقويمها بصورة موضوعية إلى الشذوذ والانحراف تصنف المهارات الأساسية في:

1- المهارات العضوية من المهارة في اللباس والنظافة إلى إتقان الرقص القومي.
2- المهارات الانفعالية بدء من الاستجابة للآخرين بالرضى أو السخط وانتهاء بروح النكتة والاستخفاف البناء بالصعاب.
3- المهارات الاجتماعية وتتراوح بين التفاعل التبادلي البسيط بين فردين وبين التفاعل التبادلي للفرد مع الآخر في مختلف المستويات الفئوية والقومية والإنسانية.
4- المهارات العقلية، بدء من تعلم القراءة وانتهاء بصياغة مخطط المخططات أو منظومة المنظومات أي مهارة تعلم المهارات.

تحليل الدالة :

يساعد اكتساب المهارات السابقة الفرد على النجاح، ويقوي نجاح الفرد ثقته بذاته ويدفعه إلى المزيد من النجاح، لا يمتلك الفرد مختلف المهارات وحسب، بل تصورات ذاتية أو إدراكات لتلك المهارات. تمثل الإدراكات الذاتية حول المهارات مجموعة افتراضات الفرد حول مهاراته، تجنح افتراضات الفرد حول مهاراته صعوداً أو هبوطاً، إيجاباً أو سلباً فيضخم القليل أو يصغر الكبير، ويندفع الفرد في الحياة وفق مخطط خاطئ مضلل فيعمى عن رؤية الأشياء على حقيقتها ويتشوه إدراكه للواقع ويتعارض سلوكه مع معطيات ذاته أي مع مهاراته، يتردى الفرد، نتيجة خطأ افتراضاته، في الفشل فتنحط صورة ذاته حول ذاته وقد يقع ضحية الارتياب وهو اضطراب نفسي خطير.

سواء كانت افتراضاتنا حول مهاراتنا دقيقة أو مشوهة جامدة أو مرنة، فإنها تؤثر في سلوكنا وتجعله سوياً أو شاذاً، إن نحن اعتبرنا الكون غابة صاخبة بالوحوش الكاسرة، لم نر في الناس سوى الأنانية والخداع والمكر والإجرام، وتشوه افتراضاتنا التجارب الجديدة فنعانيها من خلال عدسات مشوهة تقوي اعتقادنا بقذارة الناس، تميل الافتراضات الخاطئة بسبب طبيعتها لتكوين الحلقات المفرغة فتتقوى أخطاؤنا ذاتها أثناء تفاعلنا التكيفي مع العالم.

الدالة 13- تمييز الذات وتكاملها :

أشار رايزمان 1950م، إلى ميل الرجل المعاصر للتوجه الخارجي بقوة المجتمع، يضع الرجل المعاصر على رأسه جهازاً يلتقط الإشارات من كل مكان فتدله على ما يجب أن يعتقد وكيف يحب أن يعيش، رجلنا هذا في غاية الحساسية للمواقف الاجتماعية إذ يتلهف لفعل ما يتوقعه الناس منه ويتجنب الأفكار والأدوار السلوكية المستهجنة من الآخرين.

يعتمد الرجل المعاصر على المجتمع اعتماد الطفل على أبويه، وذلك على حساب تميزه أو تحققه كفرد، يشير وايزمان إلى الفرد ذاتي التوجه ويصفه بأنه يرفض التقبل الأعمى ويحافظ على نزعته للنقد فهو يقدر ويبحث ويختار ويسلك وفق ما يراه ملائماً، يحاول ذاتي التوجه أن يبني إطار استناد خاص ونمط حياة فردي يلائمانه هو ويسهمان في وفاة الفئة التي ينتمي إليها أو التي يطمح بالانتماء إليها، إن مثل هذا الفرد يقود حياته بنفسه ويحتمل مسؤوليات قيادته تلك والحياة المرافقة لها.

تحليل الدالة :

شمل تعريف السلوك السوي إقامة التوافق بين الفرد والمحيط، لا يقيم التوافق المشار إليه سوى كيان يدرك ويقوم ويعي ويختار، يفترض الاختيار، بالعبارة محصلة للإدراك التقويمي الواعي، وجود فردية أصيلة متميزة تغير الأشياء والوقائع وتعدلها، بحيث تخدم استمرار فرديتها الأصيلة وتعدل ذاتها لتلائم جمودية الواقع، الأصالة الفردية توازن مستمر لتعديل يشمل الذات وعناصر الواقع، يستحيل حصر التعديل في الواقع بسبب استحالته أحياناً، يؤدي قصر التغيير على الذات إلى موت فرديتها، والذات المتميزة من العوامل الأساسية للتكيف السليم: ليست الذات المتميزة سوى إدراك الفرد وتصوره، لمن هو ومن هو ومن وما سيكون، أي لهويته المسقطة في المستقبل.

هل يستطيع الفرد تحقيق إحساس ثابت بهويته والمحافظة عليه في ظل تغيرات شديدة مستمرة؟ تتضمن الحياة المعاصرة خطرين أساسيين، **أولهما** خوف الفرد من البنية الاجتماعية، **وثانيهما** نقص شجاعة الفرد ليكون نفسه ولتحمل مسؤولياتها بمنتهى

الحرية، يعكس سلوك الفرد في المجتمع المعاصر حيرته الداخلية المؤلمة ويتذبذب سلوك الإنسان في المجتمع المعاصر، يريد الفرد أن يكون ذاته وأن يوجهها،لكنه يتردد في ترك منطقة الأمن إلى منطقة المسؤولية،فيغرق نفسه في الفئة التي ينتمي إليها دون أن تموت فيه الرغبة في كونه ذاته، هكذا يجد الرجل المعاصر نفسه يراوح بين نهايتي الصراع المولد للإحباط، فيشذ سلوكه ويضطرب ويسوء تكيفه، من هنا تبرز أهمية الصحة النفسية الوقائية في مساعدة الفرد ليكون نفسه في المراحل الحاسمة من حياته، بدء من مرحلة تكون الثقة في الطفولة ومروراً بتميز الذات في المراهقة، ودونما نهاية.

الدالة 14- المجتمع والاضطراب النفسي:

كتبت ميد تصف أثر المجتمع في العضوية، تنشأ أنماط العضوية خلال الظاهرة الاجتماعية بنفس الطريقة التي تغدو فيها الرجفة جزء من سلوك المصاب بمرض عصبي، المجتمع عنصر رئيسي في نمو الفرد يؤثر في البنية والفعالية، بحيث تختلف استجابة فردين نشأ في مجتمعين مختلفين، خذ وباء كريفز المعروف، ترتبط الإصابة بكمية القلق التي يخضع لها الفرد، أنه ينشأ عن القلق النازل بالفرد خلال المراحل الحرجة من النمو ويؤثر في استقلاب الدرقية الذي قد يصبح مزمناً، تعمل مختلف أجهزة الجسم على معادلة فعل الاستقلاب بظاهرة الاتزان العضوي التكيفي، يتعرض الفرد في بعض المجتمعات لظواهر الاتزان بنفس الدرجة التي يتعرض لها المصاب بمرض كريفز ميد، أضف لوصف ميد حالة أختك التي يصيبها مرض اليرقان، هل يؤثر اليرقان الذي يصيب أختك بعد زواجها تأثيره فيما لو أصابها قبل الزواج وبحضور حماتها؟ كلا! هل تتأثر المرأة الأمريكية بإصابتها باليرقان أمام حماتها تأثر المرأة العربية بنفس المرض وفي نفس الوقت؟ كلا، أيضاً.

تحليل الدالة:

تؤكد دراسة ميد المشار لها والملاحظة المضافة أهمية المجتمع الذي ينشأ فيه الفرد في تحديد عضويته وطبيعة المرض الجسمي والنفسي الذي يتعرض له ودرجته، لا مراء للشك في أن تأخذ فعالية أي جزء من الجسم شكلها بواسطة المجتمع الذي يترعرع فيه الفرد بكل وجوده، يقنن المجتمع الطعام وضوء الشمس والتعرض

للمرض وشدة الضغط المحتمل والمصائب والتجارب بل، والطريقة التي نولد فيها ونستقبل العالم وفقها، يعلمنا المجتمع نظام الطعام وكل نظام ويدفعنا للرقاد ويقاصصنا ويكافئنا، ويحدد لنا معايير السلوك السوي والشاذ، أنه يصنعنا من مادة خام تسمى العضوية الحيوانية، وليس لصنعته تلك من حدود فينا.

أبانت دراسات الأجناس ميل التنظيمات الاجتماعية المختلفة للتعرض لاضطرابات نفسية متباينة، فتنشأ لدينا أصناف اضطرابات نفسيه لا تعرفها بعض المجتمعات التي تعيش في بعض المناطق القبلية من العالم. وتتعرض قبائل العالم المختلفة لأمراض نفسية ذات أعراض نعتبرها نحن جزء من السلوك السوي وتساعدنا على التكيف السليم، لا يقتصر الفرق في نوعية الاضطراب النفسي ودرجته على الشعوب المتمدنة والقبلية، بل يمتد ليشمل فروقاً بين الشعوب القبلية نفسها أو بين الشعوب المتمدنة ومثيلاتها.

لا يسلم المجتمع، كوحدة، من التعرض لظروف ضغط شاذة تتجلى في سلوك اجتماعي شاذ، ليس التمييز الفئوي الذي يفتك ببعض المجتمعات في جنوب الولايات المتحدة وفي أيرلندا ومناطق أخرى من العالم سوى رد فعل مرضي على أوضاع ضغط اجتماعي مدمر، تنتقل عدوى المرض إلى الفرد في ذلك المجتمع لتشكل اتجاهاته ومختلف ردود فعله.

الدالة 15- التعب والشرائط الحيوية الأخرى:

عرض بعض المتطوعين في دراسة تجريبية للحرمان من النوم مدة تراوحت بين 72 و 98 ساعة، تشوه الإدراك البصري للمتطوعين وتفكك لديهم التوجه المكاني والزماني وعانى بعضهم من أوهام مؤقتة، ومن ازدواج في الشخصية، وشعرت فئة من المتطوعين بما سماه الباحثون وهم الضماد وهو إحساس الفرد بالتفاف حزام حول رأس الفرد وبمحاولته المستمرة لنزعه.

تحليل الدالة :

يعمل العديد من الشرائط الحيوية كالالتهابات والتسممات وسوء التغذية

والأرق والتعب على تهيئة استعداد الفرد للاضطراب النفسي أو على رميه به، ليس ما حدث في تجربة موريس للمتطوعين بمختلف عن تحطم سجناء الحرب والسجناء السياسيين تحت وابل الأسئلة المتكررة المتعبة في حالة مزمنة من الأرق الذي يفرضه السجان لعدة أيام، يشعر السجين بضعفه وبقوة آسرة فيقف منه موقف الولد الصغير من أبيه، يخافه ويتلعثم أمامه ويثق بوعوده فيروي له الحقيقة عن قوة جيشه وعن أسلحته ومراكزه وقادته، يخدم السجين في تلك الحالة هدف عدوه ويسيء إلى الهدف الذي صرف حياته لتحقيقه، كان السجين يقتحم الموت دون وجل والآن يخشى الموت والسجان ويثق بالأخير، يحدث هذا للسجين بسبب التفكك التام لشخصيته، تفكك قد يجعله ضحية اضطراب نفسي خطير قد يطول ويزمن.

يعاني نصف مرضى المستشفيات النفسية من اضطرابات مرتبطة بالتسمم أو بتلف الدماغ يكون تلف الدماغ وتسممه مؤقتاً كما هو الشأن في بعض الحميات أو مزمناً شأن التهابات السيفلس، يؤثر تلف الدماغ في إطار بنية الشخصية التي قد تخفف أثره أو توقفه، فيغدو البعض شديدي المرض بسبب تلف بسيط في الدماغ في حين يستطيع البعض مجابهة أثر تلف أشد بمنتهى النجاح، تحدد منظومة شخصية الفرد السابقة للمرض طبيعة المرض وشدته، فيقع البعض في الهوس وآخرون في الفصام وفئة ثالثة في سواه.

الدالة 16- الانفعالية:

ميز باسوينز ورفاقه ثلاثة طبقات لآثار الانفعالية هي:

1- تنبه العضوية وازدياد حيويتها في المستويات الضعيفة من القلق، تنخفض في تلك الحالة عتبة الإحساس للأحداث الخارجية وتشتد القدرة على مقاومة الخطر.

2- تصلب العضوية في حالة من التهيؤ، واستمرار الحساسية في المستويات العليا من القلق مع فقدان القدرة على التمييز بين الأساسي والتافه.

3- تفكك الكائن وضعف قدرته على السيطرة وتجرد سلوكه من العفوية والفردية

ورجوع المرء إلى الآليات السلوكية السابقة الموثوقة عند استبداد القلق وانشحان كل جديد بصفة التهديد، آنذاك يفقد السلوك تكامله وتناسقه، ويعجز الكائن في تلك الحالة عن التمييز بين الخطر من المثيرات.

تحليل الدالة :

المألوف أن يعمل الانفعال على تحريك مصادر الكائن لمجابهة الأمور الطارئة، فيهرب أو يهاجم أو يفكر في حل سليم للمأزق، غير أن للانفعالية ثلاث مستويات متميزة في آثارها في سلوك الكائن:

1- يعمل الانفعال الخفيف على زيادة التركيز ومتابعة الجهد بصورة تكاملية متناسقة.

2- يعرقل الانفعال المتوسط القدرة على حل المشاكل ويسيء إلى سلوك المهام.

3- تفكك الانفعالية القوية السلوك وتقعد الفرد في حالة من الرعب المدمر، يشل الخوف الشديد الناس فيدفعون بعضهم بمحاولات عمياء تعيق إنقاذهم من جو الحريق أو الغرق مثلاً.

يجرنا الغضب الأعمى إلى سلوك أبله يتركز في الهجوم الوحشي على الآخرين، يكون الخيط الفاصل بين سلوك الفرد في حالات الرعب المقعد أو الغضب الوحشي المدمر وبين الاضطراب النفسي دقيقاً جداً، يبدأ الكثير من حالات الفصام والهمود بتجربة مرعبة مقعدة مستمرة، وتنجم بعض حالات الارتياب والعصاب عن تكرار التجارب الانفعالية المتميزة بتفجيرات الغضب البدائية، دفعت تلك الحال علماء النفس إلى التفكير بمواقف ضاغطة تؤدي إلى الرعب والقعود والغضب الانفعالي **ومن تلك المواقف:**

1- الفشل الذي يحدث عن إحباط الأهداف الكبرى التي ترسمها ذات الفرد المثالية. تمثل تلك الأهداف مستويات الطموح الرفيعة للذات المثالية التي هي الصورة التي نتوقع لذاتنا أن تكونها.

2- الخسارات المتنوعة كفقدان الفرد لثروته أو لأحبائه.

3- الحسد وينجم عن مقارنة الفرد لمكانته الاجتماعية بمنزلة الآخرين وما

يستطيعونه، يختلف الحسد عن التنافس بانعدام السعي والنظـرة الواقعيـة الـتي يتميز بها التنافس.

4- القصورات الشخصية في القدرات العقلية والمظهر الجسـمي والعمـر والذكـاء وغيرها، يرتبط القصور بالفشل والمقارنة بالآخرين، وقد يتضمن عامل الحسد.

5- الإثم وهو شعور يحل بنا عندما نسـاق في سـلوك منحـرف أو عندمـا نفشـل في تحقيق قيمنا الخلقية، يجر الإثم إلى الإحساس بالقصور.

6- الإحساس بالإنفصال وانعدام المعنى وهو ما يعانيه البعض عندما يحسون بـأن لا أحد يبالي بوجودهم وبأنهم وحيدون غرباء في عالم رافض.

7- يحدث شعور الفرد بالاغتراب نتيجة أحد العوامل السابقة أو بعضـها أو كلـها وهو أقوى صورة لقصور ذات الفرد، يرتبط الاغتراب بمشاعر عجـز الفـرد عـن ايجاد معنى لحياته، اللامعنى أكثر تـهديماً للـذات مـن الاغـتراب اذ أنـه المرحلـة الأخيرة قبل المرض.

يقود أي من العوامل السابقة إلى ضياع إحساس الفرد بكفايته وقيمته كفـرد، وتتحرك العوامل السابقة وتنشط في الفرد لوقاية الذات من الحطة والقصور.

يحدث في حالات الانفعال الشديدة أن تضيع قدرة الفرد على التكيف السليم باتباع سلوك المهام وايجاد حل سوي للمشكلة المجابهة فيتردد ويتمزق بين:

1- الواقع أو الهرب منه.

2- التوجه الذاتي أو الاتكالي.

3- التكامل أو الارضاء الآني للمطالب الأنانية.

4- المواجهة الإيجابية أو الخوف.

5- السيطرة على النزوات أو الاعتياش الحيواني.

6- مجموعة قيم إيجابية أو مجموعة قيم سلبية.

7- العقيدة الموحدة لمجموعة القيم الإيجابيـة أو التمـزق بـين مجموعـة متضاربـة مـن القيم.

الدالة 17- البيئة المدرسية:

قد يأتي طفل إلى المدرسة وهو مزود ببعض السلوكات السلبية التي اكتسبها من تفاعله في بيئته الأسرية، وقد لا يكون طفل آخر مزوداً بمثل هذه السلوكات السلبية، هنا يأتي دور المدرسة وتأثيرها وذلك بما فيها من مدرسين، وتلاميذ وأساليب تربوية ومنهجية، فقد تساهم كل هذه المكونات أو بعضها في تطوير المشاكل السلوكية ونموها لدى الأطفال، أو في تنمية عادات سلوكية مقبولة لديهم.

فالطفل يقضي وقتاً طويلاً في المدرسة، ويتأثر تأثراً مباشراً بالنظام المدرسي بما فيه من مكونات إيجابية وسلبية يمكن أن تؤدي إلى تطوير مشاكل سلوكية لديه إذا توافرت الظروف المواتية كما في الحالات الآتية:

- عدم تلبية المناهج والأنشطة المدرسية للفروق الفردية الواسعة بين الأطفال في الاهتمامات، والقدرات والميول.
- عدم اتباع نظام ضبط متناسق يراوح بين الشدة واللين، والاعتماد على نظام ضبط واحد يعتمد على اللين المفرط، أو الشدة المفرطة من قبل المدرس أو الإدارة المدرسية.
- عدم قيام المدرسة بمكافأة وتشجيع السلوك السوي وفي نفس الوقت لا تعمل على معالجة الاضطرابات السلوكية عند التلاميذ.

ويقترح كوفمان 1977م خمسة أساليب على المدارس أن تتعامل مع الأطفال من خلالها للوقاية من تطور الاضطرابات السلوكية لديهم:

1- مراعاة الفروق الفردية على مستوى الاهتمامات والقدرات.

2- تبني توقعات واقعية من سلوك الأطفال وتحصيلهم الأكاديمي.

3- التعامل مع المشكلات السلوكية التي يظهرها الطفل بثبات فالمرونة المفرطة والحزم المبالغ فيه يزيدان الاضطرابات السلوكية.

4- مكافأة السلوك المرغوب فيه وتجاهل السلوك غير المرغوب فيه.

5- مراعاة جانب الطفل التعليمية وذلك من خلال جعل مجالات الدراسات مثيرة لاهتمامات الطفل قدر المستطاع.

المتغيرات المرتبطة بالمشاكل السلوكية:

1- النسبة Incidence:

في عام 1969م قدر مكتب الولايات المتحدة الأمريكية أن هناك 767108 طفلاً مضطرباً عاطفياً وهذا العدد يشكل 2٪ من الأطفال والشباب منذ الميلاد وحتى سن 19 سنة، وخلال هذه الفترة ما بين 1975-1976م قدر مكتب التربية في الولايات المتحدة أن هناك 1.310.000 طفلاً مضطرباً عاطفياً بين سن 19 سنة ولكن نسبة معينة منهم كانوا يتلقون تعليماً خاصاً.

وقامت الولايات المتحدة بعدة دراسات وأبحاث تتناول مختلف أنواع السلوكات:

1- ولكيمان Wickman 1928م، قام ببحث على الأطفال بين 6-12 سنة معتمداً على تقديرات المعلمين واستنتج أن هناك 7٪ من الأطفال لديهم سوء تكيف وأن 42٪ لديهم مشكلات سوء تكيف بسيطة.

2- وقد قام هيلدرث Hildreth سنة 1928م، بدراسة على رياض الأطفال، وقد استنتج أن 7٪ - 8٪ من الأطفال لديهم مشكلات سوء تكيف.

3- وقد قام روجرز Rogers 1942م، ببحث على 1500 طفل مستخدماً سجل المعلمين للاختبارات، العلامات، السن والحضور وقد استنتج أن نحو 33٪ من الأطفال من المرحلة الابتدائية لديهم مشكلات سوء تكيف بسيطة و 12٪ مضطربين عاطفياً.

4- وفي دراسة أخرى لـ Stenett في المناطق الريفية وجد أن 5٪ - 10٪ من الأطفال مضطربين عاطفياً مما يجعلهم جديرون ببرنامج خاص تعلمي.

2- الاستمرارية Persistence:

إن البحث في هذا المجال يواجه مشاكل يمكن تمثيلها بأسئلة هل الاضطراب العاطفي أو السلوكي يستمر خلال الوقت؟

هل تتناقص أم تتزايد أم تبقى ثابتة خلال الوقت والفترات الزمنية والعوامل المتداخلة أم بدون عوامل متداخلة؟

هل يؤثر نوع العامل المتدخل على الاضطراب؟

قام ستنت Stennett بدراسة في المناطق الريفية لدراسة الاستمرارية في الاضطراب السلوكي والعلاقة بين الاضطراب والإنجاز واستنتج أن هناك كثير من الأطفال لا يحلون مشاكلهم بأنفسهم ويحتاجون في بعض الأحيان لمساعدة علاجية وقد وجد الاستمرارية بنسبة 85٪.

وقد وجد جيلفن Glavin أن هناك 30٪ من التلاميذ لم يتم علاجهم لديهم اضطراب سلوكي ولكن المهم في بحثه أنه وجد أن 70٪ من الحالات قد تحسنت بعد العلاج.

وقد استنتج ماكوي Mccoy وشالزيو Clarizio بعد مراجعة وتحليل على البحوث المختلفة عن الإعاقة السلوكية ما يلي:

1- ثلاثة من كل 10 أطفال معاقين سلوكياً يتجاوزن مشاكلهم عند سن الرشد.

2- 70٪ من الأطفال المعاقين سلوكياً سيصبحون راشدين طبيعيين بعد نموهم.

3- الاستمرارية في الإعاقة السلوكية متعلقة بشدة وعدد الظواهر التي تبديها العينة والتي تدل على الإعاقة السلوكية.

4- الاستمرارية في الإعاقة السلوكية متعلقة كذلك بطبيعة الاضطراب وبالبيئة التي يعمل فيها الفرد.

5- الحالات الشديدة من العدوان والانسحابية هي تنبؤية وموجه لحالات الاضطراب في سن الرشد.

6- الانحراف الصبياني ينبئ بالإجرامية في سن الرشد.

7- الخجل والانسحاب يختفي مع تقدم السن والنمو ولا يوحي بالاضطراب في سن الرشد.

8- مخاوف الهلع الفوبيا لا يوحي باضطراب سلوكي في سن الرشد.

9- الأمراض السلوكية والانفعالية الشديدة مثل التوحد Autism والفصام Schizoprinia تستمر في حياة الراشدين بنسبة 70-75٪.

3- السن والجنس Age and Sex:

إن الأمراض السلوكية تصيب الذكور والإناث على حد سواء وكذلك الأمر بالنسبة للسن **وفيما يلي بعض الدراسات التي تبين السن والجنس وعلاقتهما بالإعاقة السلوكية أو العاطفية.**

وجد مورس Morse ورفاقه في بحث لهم على تلاميذ المدارس وجدوا أن هناك 5 ذكور مقابل فتاة واحدة في الإعاقة السلوكية.

وقد وجد ليونز Lyons وبورز Powers أن هناك 7 ذكور مقابل أنثى واحدة من الإصابة بالاضطراب السلوكي، وقد وجد أيضاً كلاريزيو Clarizio ماكوي Mccoy، أن مشاكل التكيف هي بنسبة 3 ذكر – أنثى واحدة، وهذه النسب من الممكن أن تكون متأثرة بتوقعات المجتمع أو الوالدين للأبناء والبنات، فهم يتوقعون أن يكون الأولاد منطلقين وعدوانيين في حين أن البنات يتوقع أن يكن هادئات ومتحفظات أكثر.

هذه النسب ممكن أن تتغير إذا أتم بالفعل تحقيق المساواة بين الجنسين وإزالة الفروق في الأدوار الاجتماعية.

إن التعرف على حالات الإعاقة السلوكية يتم في سن مبكرة ولكن من الممكن كذلك أن تمر قنوات حرجة تتضح الإعاقة السلوكية فيها في سن لاحقة.

وقد وجد جلبرت Gilbert أن الإعاقة السلوكية تحدث في سن 6–10 سنوات ووجد بور Bower أن أقل الإصابات تحدث في السنوات المبكرة جداً والصفوف العليا وأكثر الإصابات في السنوات المتوسطة في المدرسة، في حين وجد ليونز Lyons وبورز Powers أن أكثر الإصابات السلوكية تحدث في الصفوف الأولى والثانية وبين التلاميذ المعوقين عقلياً **والواقع أنه يجب عند تحليل الجنس والسن وذلك لثلاثة أسباب:**

1– أن الذكور يبدون سلوكاً عدوانياً واضحاً يمكن تحديده والتعرف عليه في حين أن سلوك الإناث المنحرف مثل الخجل والانسحاب والأمراض النفسية من

الصعب تحديدها والتعرف عليها.

2- الخدمات التعليمية والعيادية ليست متوفرة لفترة ما قبل المدرسة وبالتالي لا تستطيع تحديد والتعرف على الإصابات السلوكية لدى الأطفال ما قبل المدرسة.

3- كذلك ينطبق هذا القول على طلاب المدارس العليا من حيث عدم كثافة العناية الطبية العيادية.

4- الذكاء Intelligence:

تنبع أهمية مقاييس الذكاء من أن معظم الاختبارات خاضعة للخلفية الثقافية للطفل ومرتبته الاجتماعية والاقتصادية وعرفه ولقبه كذلك فإن كثير من حالات الفوضى السلوكية غير خاضعة للاختبار بسبب الانسحاب والتشتت والنشاط الزائد، وقد وجد بورز **Powers** من خلال دراسة عام **1961**م، أن معدل ذكاء الذكور هو أعلى قليلاً من معدل ذكاء الإناث بين الأطفال المعاقين سلوكياً والبالغ عددهم في تلك العينة **461** طفلاً ولكن الفرق بالذكاء بينهم ليس له دلالة وفي المقابل فإن مستوى ذكائهم عادي ومقارب للتلاميذ العاديين.

5- الإنجاز Achicvement:

إن الإنجاز عامل مهم في مضمار الاضطراب السلوكي بالرغم من أنه من الصعب معرفة العلاقة بين السبب والأثر وتحديدها، فقد قام **Morse** ورفاقه بدراسة على **145** طفلاً معاقاً سلوكياً لمدى الإنجاز في القراءة ووجدوا أن **55**٪ أدوا بمستوى أدنى فما هو متوقع لمستواهم العقلي في حين **45**٪ أدوا مستوى أفضل من المتوقع.

وقد قارن **Stenett** مستوى الإنجاز بين الأطفال المعوقين سلوكياً والاطفال العاديين ووجد أن الأطفال المعاقين سلوكياً يضعف إنجازهم أكاديمياً عن رفاقهم ومقدار هذا الضعف عند الذكور هو أكثر منه عند الإناث، وحين جمع عوامل مستوى الذكاء والجنس والإنجاز بين الأطفال سلوكياً والاطفال العاديين في الصف الخامس الابتدائي وجد أن الأطفال المعوقين سلوكياً قد تخلفوا عن رفاقهم بمستوى سنة كاملة.

اعتبارات خاصة في تقييم المضطربين سلوكياً:

إن تقييم الطالب المضطرب سلوكياً يتطلب من الفاحص الصبر حيث يجب عليه أن يخلق جواً يستطيع الطالب أن يشعر فيه بالراحة والاطمئنان، وبالنسبة للطلاب المضطربين بدرجة بسيطة فإن توفير هذا الجو يكون بمساعدة الفاحص نفسه وذلك عند تعبيره عن فهمه لسبب قلق الطالب، ويستطيع الفاحص أن يخبر الطالب بأنه يركز على النظر إلى كيفية حله للمشكلة المقدمة إليه دون النظر إلى صحة وعدم صحة استجابته.

وفي بعض الأوقات فقد يكون من المفيد إعادة الاسئلة للطالب في حالة رفضه التعاون أو إعطاء تعليقات لا معنى لها، وتساعد الهمات القصيرة المتنوعة الطالب في التركيز على المهمة التي يعمل عليها، وقد يساعد أيضاً وجود شخص يوثق به من قبل الطالب كأخصائي المعالجة أو مدرس الفصل وذلك من أجل طمأنته مع مراعاة وجوب تنبيه ذلك الشخص بعدم الإيحاء للطالب بالإجابة بشكل لفظي أو غير لفظي.

وبخصوص الطلاب المضطربين انفعالياً بدرجة كبيرة فإنه يمكن ملاحظتهم في غرفة الدراسة بواسطة الفاحص قبل القيام بعملية الاختبار أو التشخيص، والملاحظة الحقيقية أو مراجعة السجل الخاص بسلوك الطالب يوفر للأخصائي معلومات تجعله يفهم طبيعة وكيفية تفاعل الطالب مع الآخرين.

ويستجيب بعض الطلاب عند لمس الأخصائي لهم بحيث يقومون بالاسترخاء ويبدأون في التعاون مع الأخصائي بشكل كبير، ويتجاوب بعضهم أكثر عندما يجلسون بقرب الفاحص، وقد يوفر الفاحص للطالب بعض المعززات وذلك لتعزيز السلوك المرغوب مثل الفشار، المكسرات.....

وقد لا يكون بعض الأطفال المضطربين سلوكياً قادرين على إظهار مدى مهاراتهم التي يمتلكونها، فالمقابلات الشخصية مع المقربين من نفس الطالب تحول دون التشخيص غير المناسب، ويعتبر المدرس، وتقييم العائلة، وتقييم الذات عاملاً مساعداً في جمع المعلومات، ويستخدم أخصائي القياس النفسي والأخصائيون

النفسيون الأساليب الإسقاطية لجمع المعلومات من الفرد المضطرب سلوكياً، وتتطلب بعض هذه الأساليب من الطالب أن ينظر إلى صور ويسرد قصص عنها، أو يرسم صوراً أو يكمل بعض الجمل الناقصة، وتعتبر الأساليب الإسقاطية موضع جدل ونقد بسبب ضعف ثباتها وصدقها.

قياس وتشخيص الاضطرابات السلوكية:

تتضمن عملية قياس وتشخيص الاضطرابات السلوكية عدداً من المراحل، منها مرحلة التعرف المبدئي والسريع على الأطفال المضطربين سلوكياً، وغالباً ما تتم هذه المرحلة من قبل الآباء والأمهات والمدرسين، ثم مرحلة التعرف الدقيق على الأطفال المضطربين سلوكياً، وغالباً ما تتم هذه المرحلة من قبل الأخصائيين في قياس وتشخيص الاضطرابات السلوكية، كالأخصائي في التربية الخاصة، أو الأخصائي النفسي، حيث تستخدم في هذه المرحلة المقاييس المقننة في مجال الاضطرابات السلوكية، وأهم تلك المقاييس:

- مقياس بيركس لتقدير السلوك والمعروف باسم Burks Behavior Rating Scale, 1975, 1980.
- مقاييس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والمعروف باسم: AAMD, Adaptive Behavior Scale, 1975,1981.
- المقاييس الإسقاطية مثل مقياس بقع الحبر لروشارخ والمعروف باسم: Rorschach Spot of Int Scale .
- مقياس رسم الرجل لجود إنف والمعروف باسم: Draw A Man Test By Goodenough.
- واختبار تفهم الموضوع للكبار والمعروف باسم: Themativ Apperception Test.
- واختبار تفهم الموضوع للأطفال والمعروف باسم: Childrem Apperception Test.

- قائمة السلوك الفصامي والمعروف باسم: Autism Behavior Checklist By Krug and Almond, 1978.

- مقياس الشخصية لايزنك والمعروف باسم

(Eysenk personality Inve‹ ‛ory, 1966)

خطوات التعرف على الطالب المضطرب سلوكياً:

يقوم فريق التقييم متعدد التخصصات بما يلي:

1- إجراء تقييم تربوي شامل.

2- تحديد فيما إذا كان التقييم الطبي ضرورياً والذي يتضمن تقييم المهارات البصرية والسمعية والحركية وكذلك الفحوصات العصبية اذا تطلب الأمر ذلك.

3- تطوير محكات من أجل تحديد المستويات العادية للوظائف السلوكية من أجل حساب التباعد فيما بين السلوك العادي والسلوكات التي تعتبر شديدة.

4- إمكانية ضم الأطفال الفصاميين ضمن هذه الفئة من المعوقين.

5- مراجعة التعريفات والقوانين والخطوات التي يتعلق بالتقييم التربوي للمضطربين سلوكياً والتأكد من أن جميع الإجراءات قد تم اتباعها.

6- مراجعة البيانات التي ستستخدم في تقرير فيما اذا كان الطالب معوقاً أم لا.

خامساً: نسبة وجود المضطربين سلوكياً:

في الحقيقة أنه ليست هناك نسبة نهائية أو أرقام محددة لتحديد مدى الاضطرابات الانفعالية ، ولا تزال هناك حاجة ماسة لدراسة عميقة على عينات مختلفة من المجتمع وأن الحصول على عينة ممثلة للمجتمع الأصلي قد تكون أمراً ممكناً باستخدام الأساليب الإحصائية الحديثة، ولكن المشكلة ستتمثل في التعريف الذي ستأخذ به عند تحديد العينة.

إذن يصعب وضع تسمية محددة لظاهرة الاضطرابات الانفعالية، وقد يكون

السبب في ذلك صعوبة وضع تعريف محدد للاضطرابات الانفعالية من جهة، وبسبب اختلاف معايير السلوك السوي، والسلوك المضطرب انفعالياً من مجتمع إلى آخر ومن ثقافة إلى أخرى من جهة أخرى.

ويشير تقرير أوردته "هيئة الصحة النفسية للأطفال" بالولايات المتحدة الأميركية في مؤتمرها عام 1970 إلى أن شكلاً من أشكال الرعاية النفسية مطلوب لنسبة تصل بين (10-12٪) من اي مجتمع طفولة أو شباب ، ومنهم نسبة (2٪) على الأقل محتاجون لرعاية متخصصة من أخصائيين ومعالجين نفسيين، بينما باقي 8 إلى 10٪ يمكن رعايتهم بواسطة أفراد متخصصين مثل الأخصائي النفسي في المدرسة أو بمعرفة مدرس متخصص للمعوقين.

أما مكتب التربية في الولايات المتحدة الأميركية (1975) يقدر نسبة الأطفال المضطربين انفعالياً بحوالي 2٪، أما بوار (1969) فيقدر نسبة الأطفال المضطربين انفعالياً بحوالي 10٪ من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية.



2

تصنيفات الاضطرابات السلوكية

1- تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي

2- التصنيف الطبي

3- التصنيف حسب شدة الاضطرابات

4- التصنيف النفس- تربوي

تصنيفات الاضطرابات السلوكية

تصنيف الاضطرابات السلوكية:

إن الهدف من عملية تصنيف الاضطرابات السلوكية هو المساعدة في تنظيم المعلومات التي من شأنها أن تساهم في وصف الظاهرة السلوكية وتحديد أبعادها مما يؤدي إلى إمكانية تقديم الخدمات العلاجية المناسبة للطفل الذي يعاني من اضطرابات في السلوك.

لقد مرت عملية تصنيف السلوك إلى فئات بمراحل متعددة عبر التاريخ ولم تظهر بشكل منتظم إلا في هذا القرن تركزت الجهود حول هذا الموضوع. ولقد كان للأطباء النفسيين السبق في عملية التصنيف فقد وضعوا الكثير من التصنيفات وطوروها، كما شارك التربويون أيضاً بجهود كبيرة في هذا الموضوع وذلك استجابة للحاجة الملحة لتفسير وتصنيف السلوك في المدرسة، **ومن أهم التصنيفات التي انتشرت في مجال الاضطرابات السلوكية ما يلي:**

أولاً: تصنيف الجمعية الأميركية للطب النفسي (1968-1980):

ظهر تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي لأول مرة في عام 1952م ثم أجريت عليه عملية تعديل وتنقيح في عام 1968م، ثم أجريت عليه عملية تعديل أخرى في عام 1980م، لقد ركز التصنيف المعدل لعام 1968م على الاضطرابات السلوكية التي تحدث في مرحلة الشباب ولم يركز على مرحلة الطفولة لذا فلم يحظ هذا التصنيف برضى العاملين في مجال الصحة النفسية للأطفال، ثم جاء التصنيف الجديد 1980م ليؤكد على الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة المبكرة، والطفولة المتأخرة، والمراهقة، ومن الجدير بالذكر أن كلا التصنيفين قد وضعا فئة التخلف العقلي ضمن الاضطرابات السلوكية على اعتبار أن المتخلفين عقلياً

يعانون من اضطرابات سلوكية قد تكون شبيهة في بعض جوانبها بالاضطرابات السلوكي التي يعاني منها غير المتخلفين والأطفال والمراهقين والشباب.

وفيما يلي عرض لكل من التصنيفين:

أ- تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1968م للاضطرابات السلوكية كما أورده ريتش 1982م ويشتمل على عشر فئات من الاضطرابات السلوكية هي:

1- التخلف العقلي:

يرجع التخلف العقلي إلى انخفاض في الأداء العقلي العام عن المتوسط ويصاحبه قصور إما في التكيف الاجتماعي والتعلمي، أو في النضج، أو في كليهما معاً، هذا وقد تم تقسيم التخلف العقلي إلى فئات بناء على درجة الإعاقة (بسيط، متوسط، شديد، حاد)، أو بناء على المسببات (مسببات قبل ولادته، أثناء الولادة- بعد الولادة).

2- الأعراض العضوية في المخ:

اضطرابات ناتجة عن قصور في أداء نسيج خلايا المخ يترتب عليها بعض الاضطرابات في السلوك مثل قصور في التوجه، وفي الذاكرة وفي الأداء العقلي، وفي إصدار الأحكام أو اتخاذ القرارات.

3- الذهان:

الذهان شكل من أشكال المرض العقلي يؤثر على قدرة الفرد في تحقيق أو القيام بمتطلبات الحياة العادية، كما يصاحب الذهان عادة تشويه للواقع، وتقلب في المزاج، وعجز في الإدراك، وقصور في اللغة، والذاكرة، وسيطرة الأوهام والهلوسة، وفصام الطفولة، والانسحاب، والاجترارية، واللاسوية، والفشل في الاستقلال عن الأم، وعدم النضج في نمو الحركات الكبيرة بشكل كاف.

4- العصاب:

أصحاب هذه الفئة من الاضطرابات يتصفون بالقلق الزائد الناتج عن توقع الأخطار، هذا ويضم العصاب الفئات الآتية: الهستيريا، المخاوف المرضية، والكآبة.

5- اضطرابات في الشخصية:

وتضم هذه الفئة الأفراد الذين يتصفون بسلوك غير متوافق أو غير متكيف ويقاومون التغير بصفة مستمرة، ويصاحب هذه السلوكات في العادة عدم الشعور بالذنب أو الندم، كما تضم أيضاً الاضطرابات في الشخصية والتي تشتمل على كل من جنون العظمة والشخصية الهستيرية أو الشخصية العدوانية والسلبية، والإنحرافات الجنسية المختلفة.

6- الاضطرابات النفس جسمية:

تتصف هذه المجموعة من الاضطرابات بالأعراض الجسمية الناتجة عن أسباب أو عوامل انفعالية تظهر هذه الأعراض على الجلد، والجهاز التنفسي، أو الجهاز الهضمي، والجهاز العضلي.

7- الأعراض الخاصة:

يضم هذا التصنيف الأفراد الذين يعانون من اضطراب واحد محدد مثل اضطراب في الكلام، أو تقلص الحركات أو اضطراب في تناول الطعام أو سلس البول وتدفقه لا إرادياً.

8- اضطرابات ناتجة عن بعض المواقف المؤقتة:

تضم هذه الفئة الأفراد الذين تعرضوا لمشاكل مؤقتة ناتجة عن ردود فعل للضغوط البيئية الشديدة خلال الطفولة المبكرة أو الطفولة المتأخرة، أو المراهقة أو مرحلة الشباب، أو حتى في مرحلة الشيخوخة.

9- الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة والمراهقة:

وتشتمل هذه الفئة على ستة أنواع محددة من الاضطرابات هي:

أ- الحركات الزائدة: نشاط زائد، وعدم الراحة، قصر مدة الانتباه، القابلية لشرود الذهن.

ب- الانسحاب: العزلة، الانفصال، الحساسية، الخجل، الجبن.

جـ- القلق الزائد: قلق، خوف، الاستجابة الحركية المبالغ فيها.

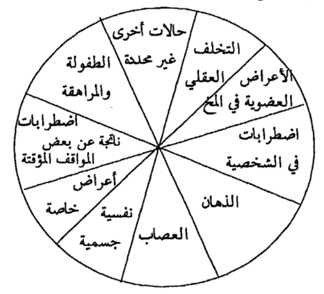
د- الهروب: ميل للهروب من المواقف الصعبة يصاحبه جبن، عدم النضج، الرفض.

هـ- العدوان غير الاجتماعي: عدم الطاعة، المشاجرة، العدوان الجسمي أو اللفظي، التخريب.

و- جنوح الجماعة: اكتساب قيم وسلوكات مجموعة الأقران الجانحين والتي تشتمل على السرقة، والهروب من المدرسة والبقاء خارج المنزل إلى وقت متأخر من الليل.

10- حالات أخرى غير محددة:

وتتمثل هذه الفئة في الأفراد الذين يعتبرون من الناحية النفسية عاديين والذين لم يعانوا من مشاكل حادة تطلب إجراء فحوصات نفسية عليهم.



تصنيف الجمعية الأمريكية للطب 1968

ب- تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي للعام 1980 كما أورده ابتر وكونولي(1984) ويشتمل على خمس فئات من الاضطرابات هي:

1- الفئة العقلية: ويشتمل على التخلف العقلي بدرجاته المختلفة(البسيط، المتوسط، الشديد).

2- **الفئة السلوكية،** وتضم الفئة السلوكية تصنيفين أساسيين هما:

- قصور الانتباه الذي يصاحبه نشاط حركي زائد، أو قصور الانتباه غير المصحوب بنشاط حركي زائد.
- اضطرابات في التصرف، وتشتمل على الأنواع التالية:

أ- سوء تصرف غير اجتماعي عدواني .

ب- سوء تصرف غير اجتماعي وغير عدواني.

ج- سوء تصرف اجتماعي عدواني

د- سوء تصرف اجتماعي غير عدواني.

هـ- الشذوذ.

3- **الفئة الانفعالية:** وتشتمل على ثلاث تصنيفات رئيسية هي:

أولاً: اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة أو المراهقة، ومن أنواعها:

أ- قلق الانفصال.

ب- التجنب أو الإحجام (الصراع بين واقعين كلاهما غير مرغوب فيه، كما يتمثل بالحاجة إلى السلوك غير المقبول).

ج- القلق الزائد.

ثانياً: بعض الاضطرابات التي تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة والطفولة المتأخرة، والمراهقة التي منها ما يأتي:

أ- التعلق التفاعلي بمرحلة الطفولة.

ب- اضطراب هستيري في الطفولة والمراهقة.

ج- البكم الاختياري أو رفض الكلام.

د- اضطراب الهوية(انعدام الشخصية الذي يظهر من خلال الارتباط بالآخرين).

4- **الفئة الجسمية:** تضم هذه الفئة ثلاثة أنواع من الاضطرابات هي: اضطراب الأكل، اضطراب الحركة، بعض الاضطرابات التي يصاحبها مظاهر جسمية.

أولاً: اضطرابات الأكل، وتشتمل على:

أ- فقدان الشهية العصبي (الانصراف المرضي عن الطعام نتيجة لاضطراب انفعالي).

ب- الشره(الجوع المتواصل).

ج- الرغبة العارمة في تناول أطعمة غير مغذية.

د- اضطراب في اجترار الطعام.

ثانياً: اضطراب الحركة، وتشتمل على:

أ- الحركات الشاذة أو غير السوية.

ب- التشنجات أو اللزمات المؤقتة.

ج- الحركات التشنجية المزمنة.

ثالثاً: بعض الاضطرابات التي يصاحبها مظاهر جسمية، وتشتمل على:

أ- التأتأه. ب- سلس البول الوظيفي.

ج- عدم التحكم الوظيفي في التبرز. د- المشي أثناء النوم.

هـ- الرعب أثناء النوم.

5- **الفئة النمائية:** تتقسم هذه الفئة إلى قسمين أساسيين من الاضطرابات هما:

أولاً: اضطرابات نمائية منتشرة، وتشتمل على:

أ- الانشغال الطفولي بالذات.

ب- الشذوذ النمائي المنتشر (العام).

ج- اضطرابات الطفولة النمائية.

ثانياً: اضطرابات نمائية محددة، وتشتمل على:

أ- اضطرابات القراءة النمائية.

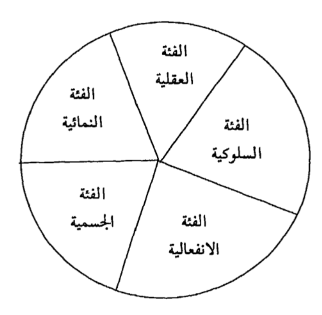
ب- اضطرابات الحساب النمائية.

ج- اضطرابات اللغة النمائية.

د- اضطرابات التعبير النمائية.

هـ- اضطرابات نمائية مختلفة محددة.

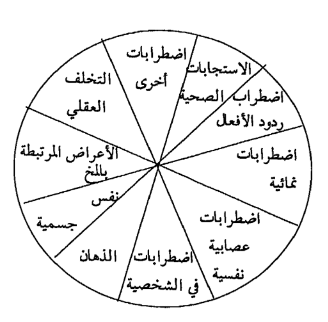
و- اضطرابات نمائية شاذة محددة.



تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي لعام 1980

ثانياً : تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي.

يتشابه تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي إلى حد كبير مع تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي من حيث الاشتراك في المحك النفسي لتصنيف الاضطرابات السلوكية، وكذلك من حيث أنواع الاضطرابات، ويتألف نظام تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي من عشرة تصنيفات للاضطرابات السلوكية ثم ترتيبها بحيث تبدأ من الحالات البسيطة وتنتهي بالحالات الشديدة. ونذكرها كما أوردها نوف knopf(1979):



تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي

1- الاستجابات الصحية:

يتضمن هذا التصنيف تقييم الجوانب الإيجابية القوية لدى الطفل، مع محاولة تجنب تشخيص الحالات باستبعاد أسباب المرض، إن المحك أو المعيار للتقييم هو الذكاء والأداء الاجتماعي أو الانفعالي، والشخصي والتكيفي، وكذلك الأداء النفسي والاجتماعي للطفل بالمواقف النمائية الحرجة.

2- اضطراب ردود الأفعال:

يعتمد هذا التصنيف على الاضطرابات التي يكون فيها السلوك أو الأعراض ناتجة عن عوامل موقفية، هذه الاضطرابات يجب أن تكون ناتجة عن أسباب مرضية إلى درجة ما وذلك لتمييزها عن الاستجابات الصحية للأزمات الموقفية.

3- الاضطرابات النمائية:

الاضطرابات النمائية هي اضطرابات في نمو الشخصية قد تقع دون المعدل الطبيعي وتظهر في وقت متأخر، وبتتابع وبدرجة أقل من المتوقع لمستوى عمري معين أو لمرحلة نمائية معينة.

4- الاضطرابات العصابية النفسية:

هذه الفئة من الاضطرابات ناتجة عن صراعات داخلية لاشعورية، مرتبطة بالدوافع الجنسية، والعدوانية التي لا زالت نشطة ولم تشبع.

5- اضطرابات الشخصية:

تتصف اضطرابات الشخصية بأنها مزمنة ومرتبطة بأمراض ثابتة بحيث تمثل سمات متأصلة في شخصية الفرد، وفي معظم حالات اضطرابات الشخصية وليس في جميعها فإن مثل هذه السمات لا يعتبرها الفرد مصدراً للقلق والحزن، وإذا أردنا أن نأخذ هذا التصنيف بعين الاعتبار فإنه من الضروري عمل صورة كاملة لجميع جوانب الشخصية، ولا يجب أن نكتفي فقط بتوافر سلوك أو عرض واحد.

6- الاضطرابات الذهانية:

تتصف هذه الاضطرابات بالإنحراف الواضح عن السلوك المتوقع من عمر الطفل فهي تظهر على شكل إعاقة شديدة ومستمرة نتيجة للعلاقات الانفعالية مع الآخرين وتتمثل في نقص القدرة على الكلام، أو الفشل في تطوير الكلام ونموه وفي اضطرابات الإدراك الحسي، وفي السلوك النمطي المتمثل في مقاومة التغيرات البيئية، وغياب الإحساس بالهوية الشخصية، والتبلد وعدم التأثر بالمثيرات الخارجية.

7- الاضطرابات النفس جسمية:

تتمثل هذه الاضطرابات بالتفاعل الظاهر بين المكونات النفسية والمكونات الجسمية، وتشتمل هذه الاضطرابات على تلك النظم العضوية التي تنبه عن طريق النظام العصبي اللاإرادي.

8- الأعراض المتصلة بالمخ:

هذه المجموعة من الأعراض تتميز باضطراب في التوجه والحكم والتمييز والتعلم والذاكرة ووظائف معرفية أخرى، كذلك تتميز هذه المجموعة من الأعراض بعدم الثبات الانفعالي، وتنتج هذه الأعراض أساساً عن اختلال غير محدد المصدر في وظيفة أنسجة المخ.

9- التخلف العقلي.

10- اضطرابات أخرى:

يشتمل هذا التصنيف على الاضطرابات التي لا يمكن وضعها ضمن التصنيفات السابقة أو الاضطرابات التي سوف يتم وضعها أو التعرف عليها في المستقبل.

ثالثاً: التصنيف الطبي.

اعتمدت معظم التصنيفات القديمة للاضطرابات السلوكية على الأسلوب الطبي، ومن أبرز هذه التصنيفات تصنيف كانفر وساسلو **kanfer and saslow** (1967)، حيث صنفا الاضطرابات السلوكية إلى ثلاث فئات هي:

1- التصنيف على أساس الأمراض، ويتضمن هذا التصنيف تجميع الاضطرابات السلوكية طبقاً لأسبابها المرضية الشائعة والمعروفة.

2- التصنيف على أساس الاستجابة للعلاج، وفق هذا التصنيف فإنه يتم تجميع الاضطرابات السلوكية حسب درجة استجابتها للعلاج.

3- التصنيف على أساس الأعراض، يعتمد هذا التصنيف على ما تشتمل عليه الاضطرابات السلوكية من أعراض أو مظاهر جسمية ملازمة لهذه الاضطرابات.

رابعاً: التصنيف حسب شدة الاضطراب.

قام كل من هلهان وكوفمان **Hallahan and kauffman** بتقسيم الاضطرابات السلوكية إلى فئتين رئيسيتين وذلك حسب شدة الاضطراب، وهما:

1- فئة الاضطرابات البسيطة والمتوسطة:

تمثل هذه الفئة مجموعة الاضطرابات السلوكية البسيطة التي يعاني منها الأطفال في البيت أو المدرسة، والتي يمكن معالجتها بفاعلية في الفصل العادي أو المدرسة أو البيت عن طريق أولياء الأمور والمدرسين مع الاستعانة باستشارة بعض الأخصائيين في بعض الحالات.

2- فئة الاضطرابات الشديدة والحادة:

وتمثل هذه الفئة مجموعة الاضطرابات الشديدة أو الحادة التي يعاني منها

بعض الأطفال والتي تتطلب علاجاً شاملاً وطويل المدى، وتشمل هذه الفئة حالات الاجترارية والانفصام والذهان، كما يتم علاج هذه الفئة وفق برامج خاصة في الفصول الخاصة، أو المراكز العلاجية.

يسمح التصنيف القائم على شدة الاضطرابات بتقديم الخدمات التربوية الفعالة والمناسبة للأطفال المضطربين سلوكياً، ولكن يجب أن يسبق ذلك وضع المعايير والضوابط الموضوعية التي تفرق وتميز بين الأطفال الذين يحتاجون لعلاج شامل وطويل المدى، وبين أولئك الذين يحتاجون إلى مساعدة لفترة زمنية محددة من قبل المدرسين أو أولياء الأمور أو الأخصائيين.

خامساً: التصنيف النفس- تربوي.

قام مورس وآخرون Mores and al (1964) **بتصنيف التلاميذ المضطربين سلوكياً تصنيفاً نفسياً تربوياً إلى خمس فئات رئيسية هي:**

1- **العصاب:** يوجد نوعان من العصاب، الأول له مظاهر داخلية ذاتية، والثاني له مظاهر خارجية:

- تشتمل المظاهر الداخلية على الاكتئاب، والانسحاب، والاستحواذ، والهواجس، والخوف المرضي، وردود الفعل النفس جسمية.
- تشتمل المظاهر الخارجية على ردود فعل خارجية، مقاومة العدوان، واتجاهات معارضة سلبية.

2- **أمراض الدماغ:** وينتج عن أمراض الدماغ ثلاثة أنواع من الاضطرابات السلوكية، الأول اضطراب الحركة، والثاني اضطراب في اللغة، والثالث التشنجات.

- تتمثل اضطرابات الحركة في الانسياق وعدم الاستقرار الانفعالي، والمبالغة في الاستجابة للمثيرات، والاستمرارية وغيرها.
- تتمثل اضطرابات اللغة في عسر القراءة ومشاكل متعلقة بالتعلم، وقصور في التوجه وصعوبات في استخدام رموز اللغة وغيرها.
- الاضطرابات المصحوبة بتشنجات.

3- **الفصام:** وهو نوعين الأول غير متصل بالوظيفة العقلية، والثاني متصل بالإعاقة العقلية.

- يتمثل النوع الأول من الفصام غير المتصل بالوظيفة العقلية في اضطرابات التواصل اللفظي، واضطرابات في تكوين علاقات مع الآخرين.
- النوع الثاني المتصل بالإعاقة العقلية فيتمثل بـ بكم الارادي، والانسحاب، والاجترارية، وعدم التأثر.

4- **السذاجة- الإهمال:** غالباً ما يصاحب السذاجة والإهمال العديد من المشاكل السلوكية التي قد ينتج عنها قصور في المهارات والقيم الاجتماعية.

5- **الشخصية غير المؤثرة:** قصور شديد في القدرة على إقامة علاقات قوية.

سادساً: التصنيف القائم على السلوكيات التي تسبب مشكلة في المدرسة.

لقد ركزت معظم التصنيفات التي تم ذكرها حتى الآن على الجانب النفسي والإكلينيكي للاضطرابات السلوكية ولم تول الجانب التربوي أية أهمية، وهذا ناتج عن أن من قاموا بوضع تلك التصنيفات هم من العاملين في مجال الطب النفسي، ونتيجة لانتشار المشاكل السلوكية بين تلاميذ المدارس وتأثير هذه المشاكل السلوكية تصنيفاً تربوياً تمهيداً للتعامل معها ووضع العلاج المناسب لها، واستجابة لهذه الحاجة التربوية قام جروبر وآخرون (1968) بتطوير أسلوب لتصنيف السلوك الذي يسبب مشكلة في المدرسة وذلك كي يتمكن المدرسون من التعامل بفاعلية مع الأطفال المضطربين سلوكياً في المدرسة. ولقد **قام جروبر وزملاؤه بتصنيف السلوك إلى ثلاث مستويات هي:**

1- **المستوى العادي:** يتوافق المستوى العادي مع المعيار للسلوك من حيث الشدة والتكرار والاستمرارية، فقد تظهر المشكلة السلوكية في المستوى العادي نتيجة لواجبات تعلّمية جديدة، أو مواقف جديدة يتعرض لها الطفل ولكن سرعان ما تنتهي وتزول بعد فترة قصيرة، وعادة لا تكون لهذه المشكلة أثار تدميرية أو تخريبية.

2- **مستوى المشكلة:** في هذا المستوى تكون المشكلة السلوكية منحرفة عن المعيار

العادي للسلوك من حيث الشدة والتكرار والاستمرارية، حيث تؤدي إلى اضطراب الطفل بشكل ملحوظ ويستمر لفترة طويلة ولها أثار تدميرية أو تخريبية على الآخرين ولكنها ليست من التعقيد أو الشدة بحيث يستلزم الأمر تحويل الطفل إلى أخصائي بل يكتفي بأن يقوم المدرس بالتعامل مع هذه الحالات ومعالجتها.

3- **مستوى الإحالة:** في هذا المستوى تكون المشكلة السلوكية من الشدة والتعقيد بحيث لا يمكن للمدرس أن يتعامل معها مما يتطلب تحويل الطفل إلى أخصائي العلاج السلوكي والاضطرابات السلوكية للتعامل مع هذه المشكلة.

سابعاً: تصنيف كوي (1972).

ظهرت خلال السبعينات من هذا القرن نظماً تصنيفية تربوية أخرى للاضطرابات السلوكية، وإن أكثر هذه التصنيفات الجديدة انتشاراً وقبولاً على المستوى التربوي هو تصنيف كوي، فقد قام بتجميع مجموعة واسعة من المعلومات عن فئات الأطفال المضطربين سلوكياً وذلك عن طريق المدرسين وأولياء الأمور والسجلات التي تحتوي على تواريخ حياة هؤلاء الأطفال، ومن استجابات الأطفال أنفسهم على استبيانات أعدت خصيصاً لهذا الغرض، وبالتحليل الإحصائي لهذه المعلومات وجد أن الاضطرابات السلوكية للأطفال تظهر على شكل مجموعات، فالأطفال الذين يظهرون بعض السلوكات في إحدى المجموعات من المرجح وبشكل كبير أن يظهروا أيضاً السمات والسلوكات الأخرى التي تظهر في تلك المجموعة.

وبالرغم من أن نظام كوي يتصف بالثبات وسعة الانتشار إلا أنه يعاب عليه إنه لا يقدم معلومات علاجية مما يحد من فائدته، هذا وقد **وجد كوي أربعة فئات أساسية للاضطرابات السلوكية وهي:**

1- اضطرابات التصرف:

وتشتمل هذه الفئة من الاضطرابات على أنماط من السلوك العدواني الجسمي واللفظي يصاحبه قصور في العلاقات الشخصية مع الأقران، والكبار في

المجتمع ولهذا فإن الطفل الذي يدخل ضمن نطاق هذه المجموعة من الاضطرابات هو الطفل الذي يتحدى السلطة (أولياء الأمور، المدرسين، البوليس، وغيرهم)، وهو عدواني، حاقد، فظ، هجومي، مؤذ، وإحساسه بالذنب محدود، كما يميل الطفل الذي يعاني من اضطرابات في التصرف أيضاً إلى الفوضى والاقتتال مع الآخرين، وحسب السيطرة، ويضيف كيرك بأنه يندرج تحت هذا النوع من السلوك ايصال الطفل مفرط الحركة، وكثير الضجر والملل.

2- اضطرابات الشخصية:

تشتمل هذه الفئة على الانسحاب الاجتماعي، والقلق، والاكتئاب، والشعور بالدونية، والخجل، والجبن، والانعزال، والإذعان، كما تشتمل على مشاعر الألم والحزن، والشكاوي الجسمية، وعدم السعادة، ويعتمد الطفل الذي يعاني من اضطرابات في الشخصية اعتماداً كبيراً على الغير، ولقد أشار كوي إلى أن معظم أطفال هذه الفئة ينتمون إلى أسر تقدم لهم الحماية أو الرعاية الزائدة، وذات مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع.

3- عدم النضج:

يمثل هذا النوع من الاضطرابات السلوكيات التي لا تتلائم مع العمر الزمني للطفل والتي تتمثل بالإهمال، والبلادة، وضعف الاهتمام بالمدرسة، والكسل، وانشغل البال، وأحلام اليقظة، وكثرة النعاس، والصمت، أو قلة الكلام، وقصر مدة الانتباه، والسلبية، ويشير كيرك وجوجلر 1983م، إلى أن الطفل الذي يعاني من عدم النضج يكون أداؤه في الفصل أقل من أداء الأطفال العصابيين، أو الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في التصرف، كما يضيف كوي 1972م، وبلاك هارست وبيردين 1981م، أن هؤلاء الأطفال يفضلون اللعب مع من هم أصغر سناً، وأن هذه الفئة بوجه عام تعتبر أقل انتشاراً من فئة اضطرابات التصرف، واضطرابات الشخصية.

4- الجنوح الاجتماعي:

تتشابه خصائص الطفل الجانح اجتماعياً مع خصائص الطفل الذي يعاني من اضطرابات في التصرف من حيث عدوانية السلوك، إلا أن الطفل الجانح اجتماعياً يقوم بهذا السلوك ضمن مجموعة من الرفاق، أو ضمن عصابة، وتتمثل سلوكات هذه الفئة بالسرقة، والمشاجرة، والهروب من المدرسة، وغيرها من السلوكات التي قد لا تظهر في إطار المدرسة أو المؤسسة ولكنها تظهر في المجتمع وتشكل خطراً كبيراً عليه خاصة في المجتمعات الكبيرة.

لقد قام كل من ابتر وكونولي(1984) بتجميع المظاهر السلوكية التي يشتمل عليها تصنيف كوي في فئاته الأربعة وذلك على النحو التالي:

1- اضطرابات التصرف:

- عدم التعاون/ عدم الارتباط.
- المشاجرة/ الضرب.
- نوبات من المزاج الحاد.
- التحدي وعدم الطاعة.
- تخريب الممتلكات.
- توعد الضعفاء.
- السلبية/ الأنانية/ القاء اللوم على الآخرين.
- سهولة الاستثارة.
- التململ/ شرود الذهن/ عدم الاغتباط.
- المجادلة
- عدم الثقة بالنفس/ عدم تحمل المسؤولية.
- استخدام ألفاظ نابية.

2- اضطرابات الشخصية:

- القلق/ الخوف/ التوتر.
- الانسحاب/ الانعزال/ الجبن/ الصمت.
- الاكتئاب/وشدة الحساسية.
- شعور بالدونية وعدم القيمة.
- سهولة التهيج.
- البكاء باستمرار.

3- عدم النضج:

- قصر مدة الانتباه.
- ضعف التناسق.

- الاستسلام/ سهولة الانقياد. - ضعف التركيز.
- انشغال البال/ التحديق في الفضاء/ أحلام اليقظة. - الإتساخ/ الفوضى.
- الكسل/ النعاس/ عدم الاهتمام.
- الإخفاق في الانتهاء من عمل الأشياء.

4- الجنوح الاجتماعي:

- الولاء لجماعة سيئة. - السرقة مع الآخرين.
- العضوية في عصابة. - التهرب من أداء الواجبات
- الهروب من المدرسة.
- البقاء خارج البيت إلى وقت متأخر من الليل.

ثامناً: تصنيف تلفورد وساوري للاضطرابات السلوكية.

يصنف كل من تلفورد **Telford** وساوري **Sawery 1967**، الاضطرابات السلوكية على أساس مظاهر القلق والانسحاب والعدوان الذي يتميز بالعنف والانسحاب.

أولاً: القلق:

يعرفه الباحثان على أنه نوع من الخوف في إطار مستقبلي، وقد يكون القلق من أنواع مختلفة:

1- القلق المزمن:

أ- هذا النوع من القلق يبدو أنه لا يرتبط بأي سبب محدد.

ب- يبلغ مستوى القلق في هذه الحالة درجة عالية من الارتفاع إلى الحد الذي يمثل إعاقة خطيرة.

جـ- تتباين الأعراض في حالات القلق المزمن وتشمل:

- التهيج وحدة الطباع -الخوف - البكاء المتكرر
- مشكلات تتعلق بالنوم والشهية إلى الطعام - نقص الطاقة.

2- الرهاب (المخاوف المرضية) Phobias:

وتعرف بأنها مخاوف محددة وشديدة ليس لها أساس معقول واضح، ومن أمثلتها الخوف المرضي من المدرسة أو من الموت.

3- الوساوس والسلوك القهري التي تحدث بشكل متكرر:

وهي عبارة عن أفعال أو أفكار نمطية ومتسلطة، والسلوك القهري عبارة عن رغبة قوية ومتكررة للسلوك بطريقة معينة، أما الوسواس فهو الانشغال الزائد بنفس الأفكار أو الذكريات وهو:

أ- يبدو أن أشكال السلوك الوسواسي والقهري تخفف من حدة القلق بصورة مؤقتة.

ب- الأمثلة على ذلك تتضمن السلوك القهري المفرط فيما يتعلق بالنظافة.

ثانياً: الانسحاب من الواقع.

1- الفصام:

أ- يعتبر هذا الاضطراب من أكثر الأنواع شيوعاً للذهان الوظيفي.

ب- تتميز هذه الحالة بالإنفصال الشديد عن الواقع، وعدم التنظيم، ونقص التأثير، والاستجابات الانفعالية المحرفة.

جـ- تظهر الهلوسة والأوهام بشكل متكرر.

د- إذا حدثت الإصابة قبل سن البلوغ - وهي حالات نادرة - يطلق عليها فصام الطفولة.

2- التمركز الطفلي حول الذات:

أ- تتميز هذه الحالات بالإنفصال الشديد عن الواقع.

ب- القصور أو الإخفاق في تطوير علاقات إنفعالية وعاطفية مع الآخرين.

جـ- الترديد الآلي للكلمات أو المقاطع التي ينطق بها الآخرون.

د- الجمود بمعنى المحافظة على نفس الأشياء ومعارضة أي تغيير في الحياة الروتينية.

هـ- الثبوت، ويعني التكرار الرتيب للأفعال أو الأقوال.

3- النكوص:

أ- هذا النوع من الاضطرابات يتضمن العودة إلى أشكال من السلوك أقل نضوجاً، أو الاستجابات التي تميز مرحلة مبكرة من مراحل النمو.

ب- تشمل أشكال السلوك من هذا النوع عودة الأطفال إلى مص الأصابع أو التبول الليلي، أو الكلام الطفلي.

جـ- تزداد مثل هذه الأشكال من السلوك عادة أثناء التوتر أو التخفيض المفاجئ لأساليب التدعيم.

4- الأوهام وأحلام اليقظة:

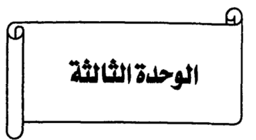
أ- تعتبر هذه الأشكال من السلوك نوعاً من الاضطراب إذا كانت تحدث بشكل مفرط وبصورة متكررة.

ب- ينظر إلى هذه الأشكال من السلوك على أنها نوع من الاضطراب اذا ما استخدمت من جانب الفرد كوسائل للهروب أو الانسحاب.

ثالثاً: العدوان العنيف.

أ- يتضمن هذا الاضطراب أشكالاً مختلفة من السلوك الهدام والتخريبي تكون موجهة نحو الأفراد أو الممتلكات.

ب- غالباً ما يكون هذا الاضطراب هو نتيجة لمواقف الإحباط.



3



الاتجاهات النظرية في تفسير الاضطرابات السلوكية

أولاً: الاتجاه السلوكي

ثانياً: الاتجاه التحليلي

ثالثاً: الاتجاه الديناميكي (الدينامي)

رابعاً: الاتجاه الفسيولوجي (الوظيفي)

الاتجاهات النظرية في تفسير الاضطرابات السلوكية

إن الناظر في كافة العلوم يجد أنها قد انطلقت من فرضيات والتي كانت بمثابة الأساس النظري لها، ونعني بالنظرية إطار عام يضم مجموعة منظمة متناسقة متكاملة من الحقائق والقوانين التي تعمد إلى تفسير الظواهر، وتتضمن كذلك مجموعة من الفروض الأساسية، والتعريفات الإجرائية أو التجريبية.

ونتوصل إلى النظرية عادة من خلال أساليب البحث العلمي الدقيقة والتي تقود من خلال نتائج التجارب الدقيقة إلى الفرضيات التي تُبنى عليها، وليس معنى هذا أن النظرية هي نهاية المطاف وأن العلم ينتهي بمجرد الوصول إلى النظرية، ولكن حتى وبعد التوصل إلى النظرية تبقى الأبحاث مستمرة للتأكد من فرضياتها.

إن دراستنا للنظريات التي فسرت الاضطرابات السلوكية شيء هام جداً لأنه يساعد في فهم وتفسير وتقييم السلوك كذلك تساعد في التنبؤ بالسلوكات المضطربة المتوقعة الحدوث، عدا أنها في نهاية المطاف تساعد في ضبط السلوك وتعديله وتغييره.

وأخيراً فإن دراستنا للنظريات تعطينا تصوراً شاملاً لأسباب الاضطرابات السلوكية، وطبيعة السلوك المضطرب وصفات الافراد المضطربين، وما هي أنجح الطرق المستخدمة في علاج الافراد المضطربين سلوكياً.

ونبدأ بتوضيح أوسع النظريات انتشاراً في ميدان الاضطرابات السلوكية وهي:

أولاً: الاتجاه السلوكي

يذكر أسعد، 1986م، أن بداية دراسة العصاب التجريبي كانت على يد

بافلوف فيقول: (لقيت وجهة النظر النفسية دعماً قوياً من دراسة ايفان بافلوف للمنعكس الشرطي وللعصاب التجريبي الذي تولد في إحدى تلك التجارب. علّم بافلوف الكلب التمييز بين دائرة وأهليليج، غيّر الباحث في مرحلة لحقت تعلم الحيوان، شكل الإهليلج تدريجياً ليماثل الدائرة، فعجز الحيوان عن التمييز، لقد تدهور الكلب واضمحل خلال أسابيع ثلاثة من التجربة، وتغير سلوكه بصورة مذهلة فزال هدوءه وأخذ ينبح ويعض الأدوات ويحطمها، وكره دخول غرفة التجريب وأصبح عصابياً). (ص، 41) .

ولقد أجريت تجارب عدة من قِبل بافلوف نفسه ومن قبل علماء آخرين على فكرة الإشراط والتعلم الاقتراني بينت جميعها دور التعلم في إحداث ونشوء الاضطرابات السلوكية، فالطفل الذي يتم تعليمه من خلال التعلم الاقتراني الخوف من الفأر يصبح يخاف من الفأر ومن كل شيء يشابه الفأر سواء في شكله أو ملمسه أو صوته.

ولقد انتهى هؤلاء العلماء إلى تفسير مفادة أن الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليقلل من درجة توتره وقلقه ومن شدة الدافعية لديه ، وبالتالي كوَّن ارتباطات عن طريق المنعكسات الشرطية لكن تلك الارتباطات الشرطية حدثت بشكل خاطئ وبشكل مرضي .

وبنفس الطريقة فإن المعالج ما عليه إلا أن يطفئ هذا المنعكس الشرطي -المرضي- وأن يقوم بتعليم الفرد منعكسات وارتباطات شرطية جديدة وسوية مكان تلك الارتباطات المرضية .

وبناء على ما سبق يتبين لنا أن الاهتمام الرئيسي للاتجاه السلوكي هو السلوك : كيف يتم تعلمه وكيف يتم تغييره وتعديله . وهذا الأمر هو بحد ذاته محور اهتمام المعالجين للاضطرابات السلوكية بمعنى أن هناك ارتباط وثيق بين النظرية السلوكية وبين فهم الاضطرابات السلوكية وعلاجها . وقد جاء في قاموس التحليل النفسي النقدي تعريفا للعلاج السلوكي ، يؤكد على ما ذكرناه سابقا وهذا التعريف ينص على أن العلاج السلوكي "شكل من أشكال العلاج النفسي يعتمد على

نظرية التعلم ، ويفترض هذا الاتجاه من العلاج أن الأعراض العصابية هي حصيلة تعلم خاطئ تم عن طريق الاشراط (conditioning) وهذا النوع من العلاج يهدف إلى إزالة الأعراض العصابية عن طريق عملية فك الاشراط ثم إعادة الاشراط بشكله الصحيح" .

ويعتبر العلاج السلوكي اتجاها حديثا في العلاج النفسي ، وفي نفس الوقت يمكن القول بأن العلاج السلوكي قديم قدم محاولات الإنسان تعديل وتغيير السلوك ، فلقد اكتشف الإنسان منذ فجر التاريخ أن هناك العديد من الطرق التي يمكنها تعديل وضبط السلوك أو تغييره بشكل جذري مثل تغيير بيئة الفرد والنضج والإقناع وتحقيق الثواب والعقاب إلى آخره.

ولقد كان (مسمر mesner) أول من استخدم المبادئ الأساسية للسلوك في العلاج أو تعديل السلوك ، وبالرغم من أن مبادئ (مسمر) لم تصمد أمام القياس العلمي إلا أنه قادت إلى إجراءات ناجحة في العلاج .

وتتضمن النظرية السلوكية عدة مفاهيم أهمها :

1- السلوك متعلم : بمعنى أن كل السلوكات التي تسلكها العضوية بغض النظر عن سوائها أو شذوذها فهي متعلمة بالتفاعل مع البيئة .

2- المثير والاستجابة : وتقول النظرية بأنه لا بد لكل من مثير استجابة مناسبة له ، فإذا كانت العلاقة بين المثير والاستجابة سليمة كان السلوك سليما وإذا كانت العلاقة بينهما غير سوية كان السلوك غير سوي .

3- الشخصية : هي التنظيمات أو الأساليب المتعلمة الثابتة نسبيا التي تميز الفرد عن غيره من الأفراد .

4- الدافع : طاقة قوية بدرجة كافية تدفع الفرد أو تحركه إلى السلوك ، وقد يكون الدافع أولي (الجوع) أو ثانوي متعلم (الخوف) .

5- التعزيز : وهو التقوية والتدعيم والإثابة والتثبت وقد يكون التعزيز إثابة أولية مثل إشباع دافع فسيولوجي ، أو قد يكون تعزيزا ثانويا مثل زوال الخوف ، ويؤدي التعزيز إلى تدعيم السلوك ويدفع العضوية لتكرار ذلك السلوك .

6- الإنطفاء : وهو ايقاف التعزيز عن سلوك ما ، مما يؤدي مع مرور الزمن وعدم التعزيز إلى تلاشي واختفاء ذلك السلوك وهو أيضا ضعف وخمود السلوك المتعلم إذا لم يتم تعزيزه ، أو إذا ارتبط شرطيا بالعقاب بدل الثواب .

7- العادة : وهي رابطة وثيقة تتكون بين مثير معين واستجابة معينة نتيجة لتكرار حدوثهما بنفس الشكل ولفترة طويلة .

8- التعميم : نزوع الفرد إلى تعميم الاستجابة المتعلمة على استجابات أخرى تشبه الاستجابة المتعلمة .

وترتكز النظرية السلوكية على مجموعة فرضيات تكوّن الأساس النظري لها ، وهذه الفرضيات هي :

1- معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب ، سواء كان السلوك سويا أو مضطربا .

2- السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المبادئ عن السلوك العادي المتعلم إلا أن السلوك المضطرب غير متوافق .

3- السلوك المضطرب يتعلمه الفرد نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه ، وحدوث ارتباط شرطي بين تلك الخبرات وبين السلوك المضطرب .

4- جملة الأعراض النفسية تعتبر تجمعا لعادات سلوكية خاطئة متعلمة .

5- السلوك المتعلم يمكن تعديله .

6- يوجد الفرد ولديه دوافع فسيولوجية أولية ، وعن طريق التعلم يكتسب دوافع جديدة ثانوية اجتماعية تمثل أهم حاجاته النفسية وقد يكون تعلمها غير سوي يرتبط بأساليب غير توافقية في إشباعها ومن ثم يحتاج إلى تعلم جديد أكثر توافقا (زهران 1980 ، 336) .

وبعد هذا الاستعراض لأهم المفاهيم والمبادئ التي يرتكز عليها الاتجاه السلوكي لا بد من توضيح كيف يتشكل السلوك الإشراطي (الكلاسيكي ، الإجرائي) وكيف تتكون المخاوف ونبدأ بـ :

***تشكل السلوك عند بافلوف :**

يتشكل السلوك عند بافلوف من خلال الاقتران بين مثير محايد ومثير طبيعي يستجر استجابة طبيعية وفي نهاية المطاف وبعد تكرار الاقتران يصبح المثير المحايد مثيرا يستجر نفس الاستجابة وذلك على النحو التالي :-

يستجر

1) طعام ⟵ سيلان لعاب

مثير طبيعي   استجابة طبيعية

اقتران   يستجر

2) ضوء ⟷ طعام ⟵ سيلان لعاب

3) تكرار الاقتران لعدة مرات لا تقل عن 10 مرات وبنفس الطريقة .

يستجر

4) ضوء ⟵ سيلان لعاب

مثير شرطي   استجابة شرطية

بعض التطبيقات الحياتية على النظرية :

- الخوف من الظلام: الظلام مثير محايد لا يستجر الخوف بطبعه ، ولكن ارتباطه واقترانه بشكل متكرر بقصص الرعب والجن والعفاريت يصبح الظلام يستجر نفس استجابة الخوف .

تستجر

قصص الرعب والجن ⟵ الخوف

اقران   تستجر

الظلام ⟷ قصص الرعب والجن ⟵ الخوف .

يستجر

الظلام ⟵ الخوف .

- الخوف من الأماكن المرتفعة .
- الخوف من رجال الشرطة .
- الخوف من الأماكن الضيقة .

*** تشكيل السلوك عند واطسن :**

لقد أجرى (واطسن) تجربته المشهورة على طفل عندما أراد تشكيل الخوف لديه من الفأر الأبيض ، واتبع نفس أسلوب بافلوف ، حيث وضع الطفل في غرفة ثم بدأ بإدخال الفأر الأبيض (فأر المختبرات) إلى الغرفة ، وعندما يهم الطفل بلمس الفأر أصدر الباحث صوتا عاليا وكرر ذلك في كل مرة ، فأصبح الطفل يبدأ بالصراخ والبكاء لمجرد رؤية الفأر وليس لمسه ، ولقد تبين أيضا أن الطفل قد عمم هذه الخبرة التي تعلمها (الاستجابة) على كل ما يشابه الفأر فأصبح يخاف من الأرانب وكل ما له فرو .

إن التجربة السابقة تبين لنا كيف يمكن تشكيل السلوك بغض النظر هل هو سلبي أم إيجابي .

*** تشكيل السلوك عند سكنر :**

يختلف سكنر عن بافلوف بأنه لا يؤمن بفكرة (الاستجرار : إلزامية صدور الاستجابة بعد ظهور المثير) ويؤمن بأن السلوك يمكن تشكيله من خلال ما يتبع ذلك السلوك حيث وضع قاعدة مفادها "السلوك محكوم بنتائجه" وعليه فهو يؤمن بأساليب الثواب والعقاب الذي يتبع السلوك (الاستجابة) .

ولقد أكد سكنر على مفهومه ذاك من خلال التجربة التي أجراها على حمامة وضعها في قفص تجريبي معد بشكل خاص (علبة سكنر) بحيث يقدم للحمامة وعاء قبة طعام على فواصل زمنية يبقى مدة خمس ثواني ثم يختفي ولم يحدد سكنر الاستجابة التي ستقوي .

ولقد صادف أن الحمامة كانت تدور في اتجاه معاكس لدوران عقارب الساعة حين ظهور الطعام ، وقد كررت هذه الحركة فعززها سكنر ، مما أدى إلى ظهور تلك

الحركة بكثرة ، وكانت الحمامة تتصرف وكأن هناك علاقة سببية بين سلوكها المحدد (الدوران) وظهور الطعام علما بأنه لا علاقة بينهما كون الطعام سيظهر تلقائيا حسب الفواصل الزمنية المحددة حسب التجربة .

إن المثير في تجارب سكنر غير واضح (غير محدد سابقا) ولم تتبع الاستجابة المثير ، بل أن الاستجابة كانت عفوية فتعززت حتى أصبحت مقصودة أو متعلمة وسمى السلوك في تجارب سكنر بالسلوك الإجرائي وأصبحت نظريته تعرف بالإشراط الإجرائي الذي تم تطبيق مبادئه على نطاق واسع لضبط سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في السلوك وخاصة في المواقف التربوية .

ثانيا : الاتجاه التحليلي :

يعتبر (سيجموند فرويد) حسب رأي المؤرخين أنه مؤسس المدرسة التحليلية وواضع مبادئها ولكن يذكر (أسعد 1986) نقلا عن (براون 1921) قوله " لقد سبق ابن سينا فرويد في استخدام طريقة الايحاء في العلاج ويروي أنه أصيب أحد الأمراء بالكآبة متوهما أنه بقرة ـ فكان يخور كالبقرة ، ويزعج الناس ويصرخ اقتلوني واعدوا من لحمي طعاما شهيا وامتنع عن تناول الطعام . طلب إلى ابن سينا معالجة المريض فبعث إليه برسالة يطلب فيها منه أن يبشر بمقدم الجزار، وابتهج المريض ودخل ابن سينا على المريض في فترة لاحقة يقول ملوحا بسكينة الحادة أين تلك البقرة فإني أريد ذبحها ، فخار المريض كالبقرة مشيرا إلى مكان وجوده وهنا مدد المريض على الأرض وقيدت قدماه ويداه بأمر ابن سينا الذي تحسس جسم المريض ثم أردف أنها بقرة نحيلة لم يحل ذبحها ولا بد من تسمينها أولا ثم قدم الطعام الملائم للمريض فتناوله بلهفة واستعاد قوته شيئا فشيئا وتخلص من وهمه تماما (ص 88-89) .

وفي تبصير المريض بمكنونات شعوره ، لجأ ابن سينا إلى طريقة التداعي الحر التي تشير إلى تنظير الباحث لفكرة الكبت واللاشعور ، يروى عن ابن سينا : أعجز مرض ابن أحد الأمراء الأطباء فنودي على ابن سينا دخل أمير الأطباء على الشاب فأمسك بنبضه وراح يردد على مسامعه أسماء الأحياء في المدينة ، فانتفض نبض المريض عند ذكر حي (الناصرة) ، وأعاد ابن سينا ترداد أسماء بيوتات الحي على

المريض إلى أن انتفض عند ذكر أسرة (القيسي) ترك ابن سينا المريض ليسترجع هدوءه (الاسترخاء) وردد على مسمعه أسماء أبناء القيسي وبناتهم فانتفض نبض المريض لاسم فاطمة عندها صاح ابن سينا زوجوه من فاطمة ففعلوا فشفي الأمير (هيلجارد 1960) (ص 34-35) .

ولقد عمل (فرويد) مع (جوزيف بروير) الذي عالج الهيستيريائيين من النساء بالتنويم المغناطيسي وبإتاحة الفرصة لهم لإطلاق المكبوت من المشاعر والهموم بالتطهير (التطهير طريقة ساعدت على تفريغ الشحنة الانفعالية المكبوتة ، ودلت على طبيعة المشكلة المسؤولة عن الاضطراب العصابي) .

لقد كان لطرق العلاج المشار إليها (التنويم ، التطهير) دلالاتها الناجحة للاهتمام باللاشعور ، ودفع (فرويد) لوضع الأسس الحديثة لوجهة النظر النفسية بالتعاون مع (بروير) أولا وبمفرده أخيرا ولقد ابتكر فرويد طريقة التداعي الحر وأكد على فكرة التحليل النفسي التي تشير إلى مبادئ تحليل أقوال المريض وأفعاله وتفسيرها وطريقة علاجه .

وقد ترك (فرويد) أثرا كبيرا في الأبحاث النفسية الحديثة ، وفي بحث الشخصية وحالات شذوذها بشكل خاص، كذلك كان أثره واضحا في عمليات التشخيص والعلاج المتصلة بالكثير من الاضطرابات النفسية ويذكر (الرفاعي 1987) أنه : (لم ينشأ اهتمام فرويد بالشخصية من المختبر أو المدرسة ، بل نشأ من العيادة ، ولم يكترث كثيرا للصفات الظاهرة في الشخصية (إلا من حيث دلالتها) بل كان اهتمامه الأكبر منصبا على الأعماق في بناء الشخصية ومن هنا تسمى نظريته "نظرية الأعماق" ولم يقصر دراسته على الحالات المرضية بل عمم النتائج على الحالات السوية باعتبار أن الشذوذ انحراف عن السوي ، وأن من الممكن دراسة حالات الاستواء من دراسة الشذوذ " (ص 112) .

وتعتمد نظرية التحليل النفسي على بعدين هامين هما :

1- مكونات الجهاز النفسي (مكونات الشخصية) .

2- مستويات الحياة النفسية .

وسوف نتحدث عنهما بالتفصيل .

1- مكونات الجهاز النفسي :

يفترض (فرويد) أن الجهاز النفسي يتكون من (الهو id ، ألانا ego ، وألانا الأعلى super - ego) .

أ- الهو (id) : هو منبع الطاقة الحيوية والنفسية ومستودع الغرائز والدوافع الفطرية التي تسعى إلى الإشباع في أي صورة وبأي ثمن . وهو الصورة البدائية للشخصية قبل أن يتم تهذيبها من خلال قوانين المجتمع .

ب- ألانا ego : هو مركز الشعور والإدراك الحسي الخارجي والداخلي والعمليات العقلية والمشرف على الحركة والإدارة والمتكفل بالدفاع عن الشخصية وتوافقها .

ج- ألانا الأعلى super - ego : وهو مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية ، ويعتبر بمثابة سلطة داخلية أو رقيب نفسي.

ووفقا لهذا التقسيم يتضح أن لكل مكون وظيفة خاصة به ، (فالهو) يدافع عن المطالب الغريزية للشخصية ويسعى بكل الطرق لتحقيقها . أما (الانا الأعلى) فيدافع عن المطالب الأخلاقية والقيمية للشخصية ، لذا ينشأ صراع واضح بين مطالب (الهو) ومطالب (ألانا الأعلى) حينها يتدخل (ألانا) في محاولة لفك الصراع بين مطالب الهو ومطالب الانا الأعلى وبين الواقع . لذا (فالانا) بمثابة منفذ للشخصية حيث أنه يعمل في ضوء الواقع من أجل المحافظة على بقاء كيان الذات والمحافظة على التوافق الاجتماعي .

إن عدم اضطراب سلوك الفرد مرهون بنجاح (الانا) في حل الصراع بين (الهو) و (الانا الأعلى) وإيصال الجهاز النفسي إلى حالة من التوازن ، أما إذا فشل (الانا) في هذه المهمة ظهرت أعراض العصاب والاضطرابات السلوكية بشكل عام.

2- مستويات الحياة النفسية :

تتكون الحياة النفسية حسب وجهة نظر فرويد من ثلاثة مستويات هي :

1- مستوى الشعور : وهو منطقة الوعي الكامل والاتصال بالعالم الخارجي (البيئة الخارجية) وهو الجزء السطحي من الجهاز النفسي.

وهو الذي يزودنا بالمعرفة من البيئة الخارجية ومن الاحساسات الداخلية .

2- ما قبل الشعور : وهو المستوى الذي يحتوي على كل ما هو كامن وليس في الشعور ولكنه متاح ويسهل استدعاؤه إلى الشعور مثل الذكريات .

3- اللاشعور : وهو المستوى الذي يكون معظم الجهاز النفسي ، وهو يحتوي على كل ما هو كامن وليس متاحا ويصعب استدعاؤه إلى حيز الشعور إلا باستخدام طرق ووسائل محددة كالتنويم المغناطيسي والتداعي الحر وتفسير الأحلام وهفوات اللسان وغيرها .

ويحتوي اللاشعور على كتلة ضخمة من الحوادث النفسية المختلفة التي لا يحيط بها التركيب الشعوري ولا تكون تحت تصرف الشعور المباشر ، وهذا لا يعني خمول تلك المكنونات (الخبرات والحوادث النفسية) وعدم تأثيرها على حياة الفرد وإنما لها أكبر الأثر في تشكيل شخصية الفرد وسواءه أو شذوذه من خلال أثرها غير الواضح على سلوك الأفراد الشعوري، بمعنى يكون تأثير اللاشعور كبيرا في حياة الفرد ويكون باستطاعة مكنوناته أن تغير أفكار الشخص وعواطفه تغييرا واسعا دون أن يكون الفرد على وعي بها ، وباستطاعتها كذلك أن تغير حتى في بعض أوضاع جسده .

وبالإضافة إلى ما ذكرنا سابقا فإن نظرية التحليل النفسي تعتمد أيضا على خمسة مراحل متلاحقة من النمو النفسي - جنسي والتي تبدأ مع الميلاد وهذه المراحل هي :

1- المرحلة الفمية **oral stage**

2- المرحلة الشرجية **anal stage**

3- المرحلة الذكرية **phallic stage**

4- مرحلة الكمون **latency stage**

5- المرحلة التناسلية **c-entail stage**

"وترى نظرية التحليل النفسي بأن كل طفل يمر بمراحل النمو الخمسة وبشكل منتظم، ولكن قد يحث نوع من التداخل فيما بينها مما يؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات السلوكية نتيجة لذلك، فمن وجهة نظر التحليل النفسي فإن المراحل الثلاث الأولى تعتبر هامة، ففي الوقت الذي ينهي فيه الطفل المرحلة الثالثة (من 4-6 سنوات) تكون قد تكاملت لديه عناصر الشخصية فإذا ما تم حل المشاكل في هذه السنوات المبكرة بنجاح فإن احتمال ظهور اضطرابات في المستقبل يكون ضئيلا . وقد تنمو الاضطرابات السلوكية لدى الطفل لأنه يسخر كمية كبيرة من طاقته النفسية في مرحلة واحدة بحيث لا تتوافر لديه طاقة نفسية كافية لمواجهة المراحل اللاحقة أو أن الصغار الذين يصادفون صعوبات في مراحل متأخرة قد ينكصون للخصائص السلوكية للمراحل المبكرة" (السرطاوي، سيسالم، 1987، 225) .

وأخيرا لقد وجهت إلى هذه النظرية انتقادات كثيرة منها، إنها غير عملية وتحتاج إلى وقت وجهد ومال وإنها اهتمت بالمرضى النفسيين اكثر من المضطربين سلوكيا، وإنها اتهمت براءة الطفل واعتمدت على البعد الجنسي في تحديد مراحل النمو النفسي للطفل عدا أنها تتبنى آراء المحللين الشخصية دون القدرة على التأكد من نتائج أبحاثهم .

وفيما يلي مقارنة بين الاتجاه السلوكي والاتجاه التحليلي في نظرتها إلى الاضطرابات السلوكية:-

الاتجاه السلوكي	الاتجاه التحليلي
1- يرتكز على أسس نظرية علمية قابلة للتجريب .	1- يرتكز على أسس نظرية لم تثبت علميا وطبقت سريريا دون وضعها تحت الدراسة المحكية.
2- تعتبر الأعراض المرضية العصابية عبارة من أفعال منعكسة شرطية اكتسب بصورة فرضية وفي ظروف خاصة .	2- تعتبر الأعراض ظواهر لصراعات لا شعورية عميقة تشير إلى الكبت .
3- تعتمد الأعراض على درجة استعداد الفرد البيولوجية والفسيولوجية في جهازه العصبي (السمبثاوي والباراسمبثاوي) وتكوينه للفعل المنعكس الشرطي .	3-تعتمد الأعراض العصابية على اختلاف الحيل الدفاعية النفسية اللاشعورية إي الحيل الدفاعية التي يكمن خلفها مكبوتات لاشعورية تظهر بشكل أعراض عصابية .

الاتجاه السلوكي	الاتجاه التحليلي
4- الشفاء يتم بمعالجة الأعراض فقط ، وإطفاء الأفعال المنعكسة الشرطية المرضية وبعلاج الأعراض يشفى المريض.	4- الشفاء يتم بمعرفة ديناميكية اللاشعور وليس بعلاج الأعراض وعلاج الأعراض لا يؤدي إلى شفاء المريض .
5- تفسير الأعراض والأحلام والرموز لا أهمية له .	5- تفسير الأعراض والأحلام والرموز من أهم وسائل العلاج .
6- العلاقة بين المريض والمعالج مفيدة ولكنها غير أساسية	6- العلاقة بين المريض والمعالج وعملية التجاوب الوجداني ضرورية لنمو العلاج .
7- المعالج لديه قدرة على ضبط خطة العلاج والتحكم بها وتعديلها تبعا لخطوات العلاج والشفاء .	7- المعالج ينتظر استجابة المريض وأفكاره وذكرياته حتى يتم شفاؤه .
8- يحكم المعالج عدد مرات تعريض المريض للمثيرات المطلوبة وتكرارها حسب حالة المريض وبإمكان المعالج تقوية وتعزيز وتكرار المثير المفيد وحذف المثيرات الضارة	8- لا يتحكم المعالج إلا في الجلسات العلاجية التي يمارسها مع المريض .
9- يعتمد على قوانين التعلم الثابتة وعلى الأسس الفسيولوجية العصبية لذلك يعتبر علاجا موضوعيا .	9- يعتمد على خبرات المعالج الذاتية وعلى تأويلاته الشخصية وخبراته لذا فهو منهج ذاتي غير موضوعي .
10- تصل نسبة الشفاء أحيانا إلى (90٪) تقريبا	10- ليس له هذه الفاعلية القوية في الشفاء .
11- لا يحتاج إلى وقت طويل وتكلفة وجهد.	11- قد يستمر العلاج لعدة سنوات ويحتاج المريض إلى عدة جلسات وإلى نفقات مادية باهضة .
12- بدأ هذا الاتجاه من النظريات والمبادئ وانتهى إلى التجريب .	12- بدأ هذا الاتجاه من التجريب وانتهى إلى وضع مبادئ ونظريات .
13- ما زال هذا الاتجاه في طور الإعداد والتكوين والنمو .	13- العلاج التحليلي قديم ومناهجه مستقرة ومعروفة وكذلك طرقه وأساليبه .

ثالثا : الاتجاه الديناميكي (الدينامي) :

"يعطي المؤيدون لاستراتيجيات ديناميات السلوك والتي تعرف أحيانا باسم النموذج الطبي (medical model) أهمية خاصة للإطار العلاجي الطبي ، ويرون ضرورة تدخل الجانب الطبي في عمليات تشخيص الحالات وعلاجها واتخاذ القرارات بشأنها ويؤكد هؤلاء أيضا دور الجانب الطبي في تقييم هذه الحالات وتحديد مدى التقدم الطبي الذي يطرأ على الحالة وفي ظل هذه الاستراتيجية يصبح الأخصائي التربوي دورا ثانويا" (عبد الرحيم 1982-173) .

وتقوم استراتيجية ديناميات السلوك في جوهرها على مبادئ التحليل النفسي التي أرسى قواعدها سيجموند فرويد - كما ذكرنا - إلا أن أصحاب هذا الاتجاه قد عارضوا فرويد في كثير من آرائه التي وجدوها أنها غير منطقية وغير منسجمة مع الطبيعة البشرية ، وأنها في بعض الأحيان متشائمة ، وفي أحيان أخرى تغفل دور عوامل كثيرة خارجية وداخلية تؤثر على سلوك الفرد كما وتركز اهتمامها - نظرية فرويد- على دور الغرائز والخبرات المكبوتة وتجعلها محور السلوك ومحور العلاج .

ويترأس هذا الاتجاه (هورناي ، فروم ، سوليفان) ويذكر(هول وليندزي 1978) أن كارين هورناي ترى أن أفكارها تندرج ضمن إطار علم النفس الفرويدي، وهي تطمح في استئصال الأخطاء الشائعة من التفكير الفرويدي ، وتعتقد أن جذور تلك الأخطاء تكمن في الاتجاه الذي يصعب على الفرويديون التحرر منه ، وتقول أن التحليل النفسي يجب أن ينمو متخلصا من القيود التي تكبله (ص، 177) .

يعتقد أصحاب هذا الاتجاه أن السلوك المضطرب ينشأ عند الطفل نتيجة لغياب سلوكات المحبة والرعاية والحنان ، وينشأ كذلك نتيجة لوجود استجابات الرفض والنقد من قبل الوالدين والآخرين بمعنى أن السلوك السلبي من قبل الآخرين والموجه نحو الطفل يؤدي إلى إحداث القلق لديه وبالتالي بداية الاضطرابات السلوكية . وبناء على هذا فإن هذا الاتجاه يؤكد على أهمية العوامل البيئية التي تؤثر على السلوك . فسلوك الإنسان مكتسب خلال عملية التعلم بالتفاعل مع البيئة فأي فعل في البيئة يستدعي رد فعل من قبل الإنسان بغض النظر عن نوع البيئة سواء كانت اجتماعية أو طبيعية .

المفاهيم الأساسية لهذا الاتجاه :

سوف نناقش تحت هذا العنوان مفهومين أساسيين ورئيسين هما :-

1- مفهوم الحصر .

2- مفهوم الحاجات العصابية .

ونبدأ بالمفهوم الأول :

1- مفهوم الحصر :

وهو مفهوم يقابل القلق والذي يعني هنا (إحساس ينتاب الطفل بالعزلة والضعف في مواجهة عالم حافل بالعدوان والعوامل المعاكسة في البيئة مما يقوده إلى الشعور بانعدام الأمن لديه) إن شعور الطفل بعدم الأمن يدفعه لعدة سلوكات سلبية مثل اللامبالاة أو المبالغة في التصرف (هول ، ليندزي ، 1987) .

بمعنى أن شعور الطفل بالعجز وشعوره بالعداوة وشعوره بالعزلة يقوده إلى الشعور بالحصر (القلق) وإن مشاعر الطفل تلك قد تكونت نتيجة لطريقة تعامل الوالدين معه ، ونتيجة لتفاعله مع البيئة الاجتماعية بشكل عام ، فتعامل الوالدين داخل الأسرة بطريقة ينعدم فيها الحب والحنان ، وإهمال الطفل وتركه وحيدا ليلبي حاجاته بنفسه ووضع الطفل في مواقف عقابية تمثل كراهية الوالدين للطفل وعدم عدالة الوالدين في التعامل مع الأخوة - عدم المساواة - وتحقير الطفل والتقليل من شأنه وقدراته والكذب عليه وعدم الوفاء بالعهد معه ، تعتبر من أهم الأسباب المؤدية إلى قلق الطفل واضطرابه . هذا بالإضافة إلى البيئة الاجتماعية كما ذكرنا والسلبيات الاجتماعية التي تحيط بالطفل كالكذب والخداع والغش والحسد ، والمناقضات الاجتماعية والتي تعتبر من أهم مصادر القلق عنده .

وبصفة عامة فإن كل ما يؤدي إلى اضطراب شعور الطفل في علاقته بوالديه يؤدي إلى القلق (الحصر) الأساسي، فالطفل القلق الذي ينعدم لديه الشعور بالأمن يستخدم كافة الأساليب ليواجه ما يشعر به من عزلة وضعف ، فقد يصبح عدوانيا ينزع إلى الانتقام لنفسه من الذين أساءوا معاملته ، أو قد يصبح واضح الخضوع

والخنوع حتى يستعيد مرة أخرى الحب الذي افتقده وقد يكون لنفسه صورة مثالية غير واقعية ليعوض ما يشعر به من نقص وقصور ، وقد يحاول رشوة الآخرين ليحبوه وقد يُغرِق في الإشفاق على نفسه والرثاء لها ليكسب حب الآخرين وتعاطفهم فإذا لم يستطع الحصول على الحب فقد يعمل على تحقيق القوة والسيطرة على الآخرين وقد يصبح شديد الميل إلى التنافس ويصبح الكسب عند أهم بكثير مما يحققه من إنجاز وقد يحول عدوانيته إلى ذاته ويحقرها ويلومها وقد تصبح هذه الأساليب على قدر من التأصل في الشخصية بحيث تصبح من عناصرها .

2- الحاجات العصابية :

وهي نزعات قهرية يميل إليها الطفل ويستخدمها لمواجهة قلقه الداخلي ، ومواجهة البيئة الاجتماعية وما تحتويه من مشكلات وهذه الحاجات وعددها عشرة يتم اكتسابها نتيجة لمحاولة اكتشاف حلول للاضطراب في العلاقات مع الآخرين ، وقد سميت عصابية لأنها حلول غير منطقية للمشاكل وهذه الحاجات هي :

أ- الحاجة العصابية للحب والتقبل ، وتتميز هذه الحاجة برغبة دون تمييز لإرضاء الآخرين فالفرد يعيش من أجل تكوين فكرة حسنة عنه ، كما أنه يكون بالغ الحساسية لأي علاقة قائمة على النبذ أو عدم الود ، إن تحرك الفرد هنا يكون مركز نحو الآخرين .

ب- الحاجة العصابية إلى شريك يتحمل مسؤولية حياة الفرد، فالشخص الذي لديه هذه الحاجة طفلي ويحتاج إلى حب زائد ، ويسرف في تقدير الحب أو يخاف أشد الخوف من الهجر أو أن يُترك وحيدا وتحرك الفرد هنا يكون باتجاه الآخرين .

3- الحاجة العصابية لدى الفرد إلى تقييد حياته داخل حدود ضيقة ، إن مثل هذا الشخص لا يطلب شيئا ويقنع بالقليل ويكون غير لحوح ويحدد رغباته للأشياء ويفضل البقاء مغمورا مفضلا التواضع على كل ما عداه .

إن الاتجاهات الثلاث السابقة توجد دائما مع بعضها البعض وهي تشكل حاجات تمثل التحرك نحو الآخرين ، وتستلزم جميعها الاعتراف بالضعف .

4- الحاجة العصابية للقوة ، وتخضع هذه الحاجة نفسه، إلى السلطة وحب الذات مع

عدم احترام الآخرين واحتقار الضعف وحب السيطرة على الناس بالقوة الفعلية أو السيطرة من خلال التفوق والاستغلال الذهني وهنا يكون تحرك الفرد ضد الناس .

5- الحاجة العصابية إلى استغلال الآخرين وتحركه هنا ضد الناس .

6- الحاجة العصابية إلى المكانة المرموقة ، ونجد هنا أن تقدير الفرد لنفسه يتحدد بمقدار ما يناله من تقدير اجتماعي من الآخرين .

7- الحاجة العصابية إلى التقدير والإعجاب الشخصي ، إن من لديه هذه الحاجة يكوّن لنفسه صورة منظمة ويرغب في أن يكون محط الإعجاب على هذا الأساس وليس على أساس ما يتصف به من صفات .

8- الحاجة العصابية إلى الاكتفاء الذاتي والاستقلال حيث يكون الفرد هنا مصاب بخيبة الأمل ، وبسبب إخفاقه في محاولته للعثور على الدفء والعلاقات المشبعة مع الآخرين فإنه يعزل نفسه عن الآخرين ويرفض أن يربط نفسه بأي شخص وبأي شيء .فيفضل أن يبقى وحيدا .

9- الحاجة العصابية إلى الكمال واستمالة التعرض للهجوم . إن الشخص الذي يعاني من هذه الحاجة يدفعه الخوف من الوقوع في أخطاء تعرضه للنقد إلى أن يجعل من نفسه حصنا لا يمكن مهاجمته ولا يقع في الخطأ فهو يبحث عن عيوبه دائما بهدف إخفائها قبل أن يتعرف عليها الآخرون .

10- الحاجة العصابية إلى الإنجاز الشخصي حيث يرغب الشخص في أن يكون أفضل بكثير من غيره ، ويدفع بنفسه للتحصيل أكثر فأكثر وذلك لعدم شعوره بالأمن أساسا .

"إن هذه الحاجات هي المصادر التي تنو فيها الصراعات الداخلية فالحاجة العصابية إلى الحب مثلا ، لا ترتوي فكلما زاد ما ناله زادت رغبته ، والنتيجة أنه لا يشبع أبدا ويصدق ذلك على الحاجة إلى الاستقلال إذ يستحيل إشباعها كاملا لأن جزء آخر من شخصية العصابي تتطلب الحب والإعجاب وأن الحاجة إلى الكمال أمر مصيره الإخفاق منذ البداية فهذه الحاجات تعتبر غير واقعية " (هول وليندزي 1978) .

وأخيرا تجدر الإشارة إلى آراء كـل مـن (دولارد وميللـر) والـتي تكـوّن اتجاهـا جديـدا في النظريـة التحليليـة ، حيـث يؤكـدان علـى المكانـة الخاصـة الـتي يحتلـها اللاشـعور والصـراع كمـا في التحليـل النفسـي عنـد فرويـد ففـي نظريتــهما إلى اللاشعور وفي تحليلهما للعوامل اللاشعورية فإنهما لا يعتمدان على أســاس البنـاء الثلاثي للنفس (الهو/الانا/الانا الأعلى) ولكنهما يحللانها علـى أسـس مـن عمليـة التعلم فالكبت مثلا عملية تجنب لبعـض الأفكـار والذكريـات المؤلمة وتقـوى هـذه العملية لأنها تؤدي إلى خفض التوتر ، إلا أن كبت الدوافع لا يستأصلها بـل تبقـى محفوظة لذا فإن قوتها تبقـى محفوظـة وتبقـى تلـك الدوافـع مؤثـرة وفعالـة وتظـهر مكانتها فيما تقوم به من أعمال حين تتعـرض لمثير مـا ، أو مـا يصيـب الفـرد مـن اضطرابات سلوكية نتيجة لتحركها .

وكذلك فإن تأثير تلك الدوافع المكبوتة يظهر في أنماط السلوك الدفاعية (الحيـل الدفاعية اللاشعورية) والتي هي في الواقع أنماط متعلمة من السلوك يلجأ الفـرد إليـها نتيجة لتأثير عمليات اللاشعور بهدف تخفيف التوتر الناتج عن الدوافع المختبئة .

أما في نظرتهما إلى الصراع فيذكر (الرفــاعي 1987) أنـه " يكـون الصـراع اللاشعوري عملية أساسية في كل حالة لا يحدث فيها تكيف مناســب بـين الدوافـع والشروط المحيطة ، لذلك يكون بحث الصراع أساسيا في بحث الشـخصية أمـا كيـف تسهم الظروف الاجتماعية وعملية التعلم في الصراع فأمر يمكن فهمه بالرجوع إلى الموقف التقليدي في أشكال من الثقافة التي تميز المجتمـع ، ومـن الأمثلـة علـى ذلـك الموقف الذي يأخذه المجتمع من إشباع الطفل دوافعه الأوليــة وموقـف الجماعـة مـن الحديث عن الجنس : ففي الموقف الكثير من التحريـم والمنـع واللـوم وفي الدوافـع الكثير من القوة وليس العقاب الذي يوقعه المجتمع بالمعتدي إلا شكلا مــن أشـكال إسهام الظروف الاجتماعية في نشأة الصراع مـن حيـث أن مـن يـنزع إلى العـدوان يفكر بالعقاب ويبدأ الصراع عنده بين الطرفين " (ص124) .

رابعا : الاتجاه الفسيولوجي (الوظيفي)

لقد كان فيثاغورس أول من اعتبر أن الدماغ عضوا مركزيا للفعاليـة الذهنيـة

وارجع المرض النفسي إلى مرض الدماغ ، تبعه في ذلك (هيبوقراط) الذي صنف الأمراض النفسية كالهوس والسوداء أو الاكتئاب ، والهذيان ورسم الصورة السريرية لكل مرض منها معتمدا على الملاحظة السريرية اليومية .

" سار الأطباء اليونانيون والرومانيون في الإسكندرية على الخطى العلمية لهيبوقراط ، أمثال (اسكليبيارس) الذي يعتبر أول من لاحظ الفرق بين المرض الحاد والمزمن ، وميز الوهم من الهلوسة وألمح (أريطاوس) في نهاية القرن الميلادي الأول إلى فكرة اعتبار الاضطرابات العقلية امتدادا للظواهر النفسية العادية . ولم يساهم (غالن 130-200م) في علاج المرض أو رسم صورته السريرية غير أنه تبنى منهجا علميا لتشريح الجهاز العصبي ، وارجع المرض النفسي إلى أسباب عضوية كالجروح والتسمم الكحولي ، ونفسية كالخوف والصدمات والأزمات الاقتصادية" (مينجر 1944) .

وقد كشف التطور العلمي السريع في القرن الثامن عشر عن الأسباب العضوية للمرض النفسي وسرعان ما برزت وجهة النظر العضوية (الفسيولوجية) التي تشكل تطورا علميا هائلا في فهم المرض النفسي وعلاجه . ويذكر (أسعد ، 1986) أن أميل كريبلان قد لعب دوراً حاسماً في تأكيد فكرة الأسباب العضوية للأمراض النفسية وذلك في كتابه الذي نشره عام 1863 والذي جاء فيه أهمية مرض الدماغ في توليد المرض النفسي، وكذلك فقد وضع تصنيفا للاضطرابات النفسية اتخذته التصانيف الحديثة أساسا لها " (ص 38) .

ولقد بدأت الدراسات في مجالات التشريح والكيمياء الحيوية والعضوية بهدف التوصل إلى الأسباب العضوية التي تسبب الأمراض النفسية ولكنها لم يحالفها الحظ في إيجاد أسباب عضوية محركة للعديد من الاضطرابات النفسية حيث أرجع العلماء أسباب ذلك إلى قصور أدوات البحث العلمي ، وإلى أن تلك الأمراض النفسية متداخلة الأسباب " .

ولقد افترض آخرون بأن تلك الأمراض يمكن إرجاعها إلى أسباب وراثية غامضة.

يمكن تلخيص وجهة نظر هذا الاتجاه في العبارات التالية :

يعتبر أصحاب هذا الاتجاه بأن سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي

هو أحد أهم الأسباب المؤدية للاضطرابات السلوكية وأن سوء الأداء الوظيفي للمخ كذلك يلعب دورا حاسما في ظهور بعض حالات الانحراف السلوكي، بالإضافة إلى سوء الأداء الوظيفي للمخ توجد مجموعة من الظروف الفسيولوجية التي لا يمكن في بعض الأحيان تتبعها أو تصحيحها فقد لوحظ أن العوامل الفسيولوجية ترتبط أحيانا بحالات التهيج، وعدم إحراز تقدم في الواجبات المدرسية، وبعض الاضطرابات الأخرى في السلوك، ولقد قام كل من (ستراوس، ليتنن، كروكاشنك 1961) بدراسة أرجعوا من خلال نتائجها مشكلات النشاط الزائد والمشكلات الإداركية الحركية إلى التلف المخي (تلف الخلايا العصبية في المخ) ويضاف إلى ذلك أن الحالات التي يصاب فيها مركز عصبي بعطل أو ضعف يصاحبها عادة عدد من الظاهر المضطربة على سلوك الفرد فإذا أصاب المراكز الدماغية بعض الضعف بسبب عامل الشيخوخة انعكس ذلك على سلوك الفرد فأصبح كثير التبرم وقليل التكيف.

وتلعب الغدد الصماء دورا هاما في ظهور الاضطرابات السلوكية وذلك بما تفرزه من هرمونات وذلك لتكييف الجسم حسب المواقف الحياتية المختلفة فإذا زادت كمية الهرمون عن المطلوب أصيب الفرد باضطراب عضوي وسلوكي وكذلك الحال في حالة نقص الهرمونات، فالاضطراب في كمية سكر الدم -مثلاً- يترك المجال لعدد من الظواهر النفسية للظهور كالاكتئاب والاتجاه الخاطئ والشعور باختلاط الأمور. وهناك هرمون الادرينالين الذي يقوم بوظيفة هامة في حالة الهيجان.

ولا ننسى أن نذكر ما يسمى بالأعراض النفس - جسمية (السكوسوماتية) وهي أعراض تظهر على الجانب العضوي للإنسان يكون سببها نفسيا كالتقيؤ والشعور بالغثيان نتيجة للخوف أو القلق أو الشعور بالصداع النصفي نتيجة للاضطرابات النفسية.

ولقد لخص (عبد الرحيم 1982) أهم النتائج التي كشفت عنها البحوث في مجال العوامل العضوية والفسيولوجية وارتباطها باضطرابات السلوك فيما يلي:

1- يعتقد البعض بأن العوامل الجنينية يحتمل أن تكون أسبابا في حالات السكيزوفراينا (انتوني 1968 كالمان 1946).

2- يعتبر البعض البناء التكويني للجسم سببا في الاضطرابات، ومن أمثلة ذلك:

أ- قد يوجد ارتباط بين البناء الجسمي والتوافق مثل:

- النمط الجسمي المعروف باسم (الجلدي) قد يرتبط بعدم الارتياح والشعور بالقلق (دافيد سون 1957) .
- النمط الجسمي المعروف باسم (العظمي) قد يرتبط بالميول العدوانية والصرامة (ووكر1962) .

ب- قد يرتبط الجهاز العصبي المستقل (اللاإرادي) بالسلوك (وينجر 1947).

- ترتبط سيطرة الجهاز السمبثاوي بحالات الاعتماد على الآخرين وعدم الاستقرار وعدم الشعور بالأمن .
- ترتبط سيطرة الجهاز الباراسمبثاوي بحالات الاعتماد على النفس والاستقرار والثبات والشعور بالأمن .

ج- العلاقة بين التغيرات الهرمونية والنمو الجسمي باضطرابات السلوك لم تتضح حتى الآن (تينر 1947) .

3- عوامل الإنجاب :

أ- مدى الدلالة البيئية فيما قبل الميلاد وليست واضحة فيما يتعلق باضطرابات السلوك عند الأطفال فيما بعد .

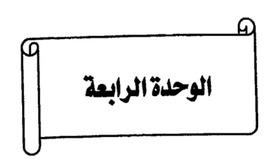
ب- اضطرابات السلوك أكثر شيوعا بين الأطفال المبسترين عن غيرهم (دريلين 1961) .

4- التلف المخي أو سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي :

أ- يعتقد الكثيرون بأن سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي يعتبر من العوامل المسببة لاضطرابات السلوك (كروكشانك وآخرون 1961) .

ب- لا يوجد دليل واقعي مباشر على أن التلف المخي يرتبط بنوع محدد من الأمراض النفسية (ويري 1972) (ص 162 - 163) .

وأخيرا يرتكز هذا الاتجاه إلى الأبحاث الطبية في مجال علم وظائف الأعضاء (الفسيولوجي) ويفترض بشكل مبسط ومختصر أنه " كلما قامت الأعضاء بوظائفها بشكل اعتيادي ولم يحدث فيها أي اختلال كان سلوك الأفراد طبيعيا ومائلا للسواء وأنه إذا حدث أي اضطراب في وظائف الأعضاء المختلفة للإنسان أدى ذلك إلى ظهور أعراض لاضطرابات سلوكية متعددة .



4





- الذكاء والتحصيل الدراسي
- السلوك العدواني والقلق
- النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه والاندفاع
- الانسحاب وسوء التكيف الاجتماعي
- التوحد (الأوتزم)

خصائص المضطربين سلوكياً

إنه من الصعب تحديد نموذج من المشاكل السلوكية نصف به جميع الأطفال المضطربين سلوكياً، فمشاكلهم متعددة ومتنوعة، وإن كل فرد يعتبر له خصائصه المتميزة أو الفريدة هل تؤثر الاضطرابات السلوكية على شخصية الفرد، الاضطراب السلوكي يؤثر بطريقة مباشرة على خصائص الشخصية، كالخصائص الأكاديمية والاجتماعية والعقلية.

لقد قام بعض المختصين في دراسة الاضطرابات السلوكية بإعداد قوائم تشتمل على أكثر الخصائص شيوعاً لدى الأطفال المضطربين سلوكياً، فمعظم هؤلاء الأطفال لديهم واحدة أو أكثر من هذه الخصائص، ولكن لا يوجد طفل واحد لديه جميع هذه الخصائص، **وفيما يلي عرض لأهم هذه الخصائص السلوكية للأطفال المضطربين سلوكياً:**

1- الذكاء.

2- التحصيل الدراسة.

3- السلوك العدواني والقلق.

4- النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه والاندفاع.

5- القلق .

6- الانسحاب.

7- سوء التكيف الاجتماعي.

8- الاجترارية (الأوتوسية).

1- الذكاء:

لا توجد نسبة محددة من الذكاء يندرج تحتها الأطفال المضطربين سلوكياً إذ أن الاضطرابات السلوكية قد تصيب الأطفال المتخلفين عقلياً، والأطفال العاديين ذوي الذكاء المتوسط أو المرتفع، ولقد أشار كوفمان 1981 Kauffama في هذا المجال إلى أن الاعتقاد بأن الأطفال المضطربين سلوكياً يميلون إلى أن يكونوا أطفالاً أذكياء يعتبر خرافة، فلقد أشار البحث إلى أن متوسط ذكاء الطفل المضطرب سلوكياً بدرجة بسيطة أو متوسطة حوالي 90 درجة، وأن هناك عدداً قليلاً من الأطفال المضطربين سلوكياً ممن حصلوا على درجات مرتفعة في الذكاء، ومقارنة بالتوزيع العام نجد أن نسبة كبيرة من الأطفال المضطربين سلوكياً يقعون في فئة التعلم والتخلف العقلي البسيط، ومع ذلك فمن الصعب القول بأن الأطفال المضطربين سلوكياً لديهم انخفاضاً حقيقياً في درجة الذكاء بالنسبة للأطفال العاديين، ويجب أن نذكر أن اختبارات الذكاء تقيس أداء الطفل لواجبات معينة ومن المحتمل أن يتدخل السلوك غير الملائم للطفل المضطرب سلوكياً في أداء الاختبار فيؤثر هذا على النتيجة النهائية ويكون السبب في هذه الحالة هو الاضطراب السلوكي وليس انخفاض نسبة الذكاء. ولهذا فقد ذهب البعض إلى القول بأن اختبارات الذكاء تعتبر متحيزة ضد الأطفال المضطربين سلوكياً ، وأن ذكاءهم الحقيقي أعلى ما تشير إليه درجات الاختبار.

2- التحصيل الدراسي:

ذكر كل من ميلر وديفز 1982م، أن معظم الدراسات قد أشارت إلى أن التحصيل الدراسي للمضطربين سلوكياً يعتبر منخفضاً إذا ما قورن بالتحصيل الدراسي للأطفال العاديين، واستشهدا بذلك بالدراسة التي أجريت على 130 طفلاً من المضطربين سلوكياً والتي وجدت أن 81٪ منهم كان تحصيلهم منخفضاً في القراءة، وأن 72٪ قد حصلوا على درجات في الرياضيات أقل مما كان متوقعاً منهم، بالإضافة إلى ذلك فقد لاحظ عدد من التربويين أن هناك ارتباطاً قوياً بين صعوبات التعلم والاضطرابات السلوكية، فالكثير من الأطفال الذين لديهم اضطرابات

سلوكية لديهم أيضاً مشاكل دراسية في نفس الوقت، كذلك فإن معظم الأطفال المضطربين سلوكياً لديهم أيضاً مشاكل دراسية في نفس الوقت، كذلك فإن معظم الأطفال المضطربين سلوكياً لا يحصلون عادة على المستوى المتوقع من عمرهم العقلي وذلك عند قياس تحصيلهم الدراسي على اختبار تحصيل مقنن.

والسؤال الآن هو، يعتبر انخفاض التحصيل الدراسي ملازماً للاضطرابات السلوكية؟ وهل العوامل البيولوجية هي المسؤولة عن ذلك، أم العوامل البيئية، أم أن المدرسة والمدرس هما المسؤولان عن هذا القصور الدراسي؟

في إجابته عن التساؤلات السابقة وضع كوفمان 1977م، المسؤولية كاملة على عاتق كل من المدرس والمدرسة في انخفاض التحصيل الدراسي لدى الأطفال المضطربين سلوكياً وذلك **لعدم مراعاتهم للجوانب الخمسة الآتية في تعاملهم مع الأطفال المضطربين سلوكياً :**

1- عدم مراعاة المدرسين للفروق الفردية بين الأطفال، والفروق داخل الطفل نفسه.

2- توقعات المدرسين نحو الأطفال المضطربين سلوكياً تكون في كثير من الأحيان غير مناسبة.

3- عدم متابعة المدرس وعدم علاجه لجوانب القصور التي يعاني منها الطفل.

4- اقتصار التعليم على مهارات غير وظيفية.

5- استخدام طرق غير مناسبة للتعزيز.

ولا أحد ينكر العلاقة الإيجابية بين القدرة العقلية والمستوى التحصيلي للفرد، كما يمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي للأفراد المضطربين سلوكياً بعامل آخر هو أثر مظاهر الاضطراب السلوكي على انتباه وتركيز الأطفال المضطربين سلوكياً في المواد الدراسية، فالطفل المضطرب سلوكياً يشغل معظم وقته وتفكيره في أشكال السلوك العدواني أو الإنسحابي، ويصعب أن يركز انتباهه للمدرس، ويمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي لارتباطها بمظاهر أخرى بصعوبات التعلم والتي يعتبر فيها النشاط الزائد للفرد سبباً في تشتت انتباه الفرد وتركيزه.

3- العدوانية:

العدوان: هو كل سلوك ينتج عنه إيذاء شخص آخر أو إتلاف لشيء، أو هو سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة أو للسيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين.

يعتبر السلوك العدواني واحداً من الخصائص التي يتصف بها كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً، ومع أن العدوانية تعتبر سلوكاً مألوفاً في كل المجتمعات تقريباً إلا أن هناك درجات من العدوانية بعضها مقبول ومرغوب كالدفاع عن النفس، والدفاع عن حقوق الآخرين وغير ذلك، وبعضها غير مقبول ويعتبر سلوكاً هداماً ومزعجاً في كثير من الأحيان، ففي المدارس مثلاً نجد أن العدوانية غير المرغوبة تظهر على أشكال مختلفة منها الإساءة اللفظية والجسدية للآخرين، وتخريب ممتلكات المدرسة،وعدم إطاعة القواعد والتعليمات حيث يواجه المدرس صعوبة في إدارة الفصل وتوجيهه.

لقد أشار كل من ميلر وديفز 1982م، إلى أن **هناك خمسة محكات أساسية نستطيع من خلالها تعريف العدوانية وتحديدها، وهي:**

- نمط السلوك.
- شدة السلوك.
- درجة الألم أو التلف الحاصل.
- خصائص المعتدي.
- نوايا المعتدي.

لقد كان شائعاً في الثلاثينيات والأربعينات من هذا القرن أن الإحباط يقف وراء جميع أشكال العدوانية، إلا أنه تم التشكيك في هذا الرأي بعد أن أجريت الدراسات الحديثة في مجال التحليل النفسي والتي أظهرت العدوانية ناتجة عن دوافع داخلية لا شعورية كما أظهرت الدراسات التي أجراها باندورا **Bandura 1973**م، وباترسون وآخرون **Patterson 1975**، أن العدوانية تعتبر سلوكاً متعلماً، فالأطفال يتعلمون كثيراً من السلوكات العدوانية عن طريق ملاحظتهم لآبائهم وإخوانهم ورفاقهم في اللعب، والممثلين في التلفزيون والسينما، فهم يقلدون الأفراد الذين

يسلكون سلوكاً عدوانياً خاصة اذا كان هؤلاء الأفراد ذوي مركز اجتماعي مرموق، أو إذا كان هذا السلوك العدواني يظهرهم بمظهر الأبطال، ومن المرجح أن يتحول الأطفال إلى ممارسة السلوك العدواني إذا أتيحت لهم الفرصة لذلك دون أن يتعرضوا لنتائج غير سارة أو إذا حصلوا على مكافأة أو على نتائج سارة.

استجابة لنظرية التحليل النفسي في أسباب العدوانية، فقد نادى البعض بأن من الأفضل السماح للأطفال بتفريغ Acting Otu عدوانهم بحرية في مراحلها الأولية قبل أن تكبت وتظهر على شكل سلوك عدواني مدمر في المستقبل، ولكن جاءت البحوث والدراسات بعدم صحة هذا الرأي، فمن الأفضل أن نقدم للطفل نماذج من السلوك غير العدواني في ظروف تسمح بظهور السلوك العدواني، نساعده على تكرار السلوك غير العدواني وذلك بتقديم المعززات الإيجابية المناسبة، والحد من السلوك العدواني بالعقاب أو بالحرمان من الحصول على نتائج أو معززات إيجابية لهذا السلوك، أو استخدام أسلوب العزل أو التأنيب وغيرها من الأساليب.

لقد كان الاعتقاد السائد قديماً أنه على الرغم من أن الأطفال العدوانيين يسببوا الكثير من المشاكل إلا أنهم أفضل حالاً من الأطفال الذين يتصفون بالانطواء، أو بالأنماط العصابية وذلك من حيث التفاعل الاجتماعي، والعمل المدرسي إلا أن الدراسات التي أجراها روبنز 1979م، قد جاءت لتدحض هذا الاعتقاد ولتؤكد على أن العدوان يصاحبها فشل اجتماعي، أما بالنسبة للأطفال الإنطوائيين أو العصابيين فبإمكان نسبة كبيرة منهم أن تحصل على عمل في المجتمع، وأن تتغلب على مشاكلها السلوكية، وأن يصبحوا بمنأى عن السجون والمصحات النفسية بدرجة أكبر من الأفراد العدوانيين.

4- النشاط الحركي الزائد /تشتيت الانتباه/ الإندفاع:

ترتبط هذه الخصائص الثلاث ببعضها البعض ارتباطاً أساسياً، فتوافر خاصية واحدة من هذه الخصائص الثلاث لدى الفرد معناه تواجد أو إمكانية تواجد الخصائص الأخرى. فالاندفاع هو التهور والعشوائية في إصدار الأفعال، وهو

الاستجابة لأول فكرة تطرأ على بال الفرد، أما تشتت الانتباه فهو عدم القدرة على المتابعة وتركيز الانتباه على المهمات المدرسية، أما النشاط الحركي الزائد فيعتبر العامل الرئيسي في هذه الخصائص الثلاث وهو في كثير من الأحيان سبب رئيسي لكل من الاندفاع وتشتت الانتباه، فالنشاط الحركي الزائد هو زيادة في النشاط عن الحد المطلوب بشكل مستمر، كما أن كمية الحركة التي يصدرها الطفل لا تكون مناسبة مع عمره الزمني، فالأطفال في سن الثانية على سبيل المثال تكون حركتهم نشطة جداً باتجاه استكشاف البيئة لذا فهي تعتبر مناسبة لعمرهم الزمني، إلا أن نشاطاً مساوياً لهذا من قبل طفل عمره 10 سنوات خلال المناقشة الصفية يعتبر نشاطاً غير مناسب.

لقد أكد برودين وآخرون Broden 1970م، على أن النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه، والاندفاع تعتبر من المشاكل المصاحبة للاضطرابات السلوكية، ولا يقتصر النشاط الحركي الزائد على المضطربين سلوكياً فقط بل أن هناك نسبة كبيرة من أطفال المدارس الأمريكية ممن لا يعانون من اضطرابات سلوكية يوصفون بأن لديهم نشاطاً حركياً زائداً، وأن هذه النسبة تتراوح فيما بين 15-30٪ من إجمالي تلاميذ الولايات المتحدة الأمريكية.

لقد لخص كوف ومارجليس Kough & Margolis 1976م، الدراسات السابقة التي تحدثت عن العلاقة بين النشاط الحركي الزائد واضطرابات التعلم فوجدا أن هناك ارتباطاً كبيراً بين النشاط الحركي الزائد من جهة وبين كل من الاندفاع، وتشتت الانتباه، والمشاكل الانفعالية من جهة أخرى، كما وجدا أن معظم الدراسات أثبتت أن بعض الأطفال ذوي النشاط الزائد لديهم مشاكل تعليمية، وأن تحصيلهم الدراسي ضعيف، وأن كل من المعالجين والتربويين قد لاحظوا أن الأطفال ذوي النشاط الزائد مختلفين في أدائهم التعليمي عن الأطفال العاديين، فأحياناً يكون أداؤهم ممتازاً وأحياناً أخرى يكون منخفضاً جداً ولقد ناقش كوف ومارجليس 1976م، **ثلاثة احتمالات يمكن أن تكون سبباً في المشاكل التعليمية عند الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد:**

1- أن الحركات الزائدة غير الأساسية خاصة حركات الرأس والعينين تؤدي إلى مشاكل في التعلم، كما أن مضاعفة النشاط الحركي يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات في التعلم نتيجة لعدم وضوح المعلومات خاصة تلك المعلومات التي تأتي من خلال القنوات البصرية.

2- قد يكون لدى الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد مداخل مختلفة للمشاكل فهم يميلون إلى الاندفاع في اتخاذ القرارات مما يرتب على ذلك صعوبة لديهم في حل المشاكل لأنهم يستجيبون لأول بادرة تلوح أمامهم ولا يستطيعون تقديم استجابة أخرى بديلة.

3- قد يكون النشاط الحركي الزائد أحد أعراض التلف العصبي:

من الملاحظ أن النشاط الحركي الزائد ينتشر لدى الأطفال في سن السادسة إلى السابعة، وقد يثبت ويستمر إلى ما بعد السابعة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية، في حين يقل ويختفي لدى الأطفال الآخرين ممن لا يعانون من مثل تلك الاضطرابات السلوكية، وعلى الرغم من ذلك فإنه يوجد دليل عملي بأن السلوك الحركي الزائد وتشتت الانتباه والاندفاع يمكن تحسينهم والسيطرة عليهم وذلك باستخدام التعلم المنظم والمبرمج.

وقد تضمن التراث على مدى ما يزيد على ثلاثة عقود مضت أن بعض **الأطفال غير العاديين يظهرون مجموعات من السلوكات ذات العلاقة الواحدة منها بالآخر مثل:**

أولاً: نشاط حركي زائد ذو طبيعة غير عادية، وغالباً ما يشار إليه بالنشاط الزائد.

ثانياً: عدم القدرة على تركيز الانتباه إلى مثيرات مختارة أو تلك المثيرات المرتبطة بالموقف، أو المغالاة في الانتباه لمثيرات مرتبطة بالموقف، وغالباً ما يشار إلى هذا السلوك باسم تشتت الانتباه.

ثالثاً: عدم القدرة على كف الدفعات الداخلية أو الاستجابة السريعة للمثيرات دون الأخذ في الاعتبار لما يمكن أن يكون في الموقف من بدائل، وغالباً ما يشار إلى هذا الميل بالاندفاعية فغالباً ما يصاحب النشاط الزائد تشتت الانتباه

والاندفاعية، وبناء على تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (البيان التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية) يقال أن الأطفال الذين تبدو عليهم هذه الخصائص يكون لديهم نوع من الاضطراب يرتبط بنقص الانتباه، ووفقاً للبيان التشخيصي الإحصائي قد يحدث اضطراب نقص الانتباه دون وجود النشاط الزائد، (وفئة الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه بدون نشاط زائد تشبه فئة الأطفال ذو النشاط الزائد، عدا أن الطفل في الفئة الأولى لا تبدو عليه اثنتان أو أكثر من الخصائص الواردة تحت النشاط الزائد)، ولو أن من النادر أن نجد طفلاً تنطبق عليه خصائص فئة اضطراب نقص الانتباه على الأقل اثنين من الخصائص الموضحة تحت النشاط الزائد، ويوصي بعض الباحثين باستبعاد اضطراب نقص الانتباه غير المصاحب للنشاط الزائد.

المحكات التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه المصاحب للنشاط الزائد

يبدي الطفل أو الطفلة علامات نمائية غير مناسبة لعمره أو لعمرها العقلي والزمني مرتبطة بعدم القدرة على الانتباه والاندفاعية، والنشاط الزائد.

ويجب أن يقرر الراشدون مثل الوالدين والمدرسين ملاحظة هذه العلامات في بيئة الطفل غير المنزلية والتعليمية، وبسبب تغير هذه التجمعات من الأعراض، فقد لا يكون من الممكن ملاحظتها مباشرة بواسطة الأخصائي الاكلينيكي، وعندما تتعارض تقارير المدرسين والآباء، فيعطي الاعتبار الأول لتقارير المدرسين لأنهم أكثر ألفة بالسلوك المناسب في الأعمار المختلفة، وتزداد الأعراض سوءاً في المواقف التي تتطلب من الطفل أن يبذل مجهوداً مثلما هو الحال في الصف الدراسي مثلاً، كما أن علامات الاضطراب قد تختفي في المواقف الجديدة أو المواقف التي يتعامل فيها الطفل مع فرد واحد.

وهذه الأعراض التي سيأتي تحديدها، خاصة بالأطفال بين سن 6 و 10 سنوات، وهي المرحلة العمرية التي يكثر فيها أيضاً الحالات للعلاج، أما في حالة الأطفال الصغار فهم يظهرون عدداً أكبر وأشد من الأعراض، والعكس صحيح بالنسبة للأطفال الأكبر سناً:

أ- تشتت الانتباه، قد يكون الطفـل مشـتت الانتبـاه إذا أظـهر سـلوكاً يمكـن وصفه بثلاث من الخصائص الآتية على الأقل:

1- غالباً ما يفشل في إنهاء الأشياء التي بدأها.

2- غالباً مالا يسمع ما يقال له.

3- يشتت انتباهه بسهولة.

4- لديه صعوبة في التركيز علـى عملـه المدرسـي أو المـهام الأخـرى الـتي تتطلـب مواصلة الانتباه.

5- لديه صعوبة في الاستمرار في النشاط أثناء اللعب.

ب- الاندفاعية، ويوصف الطفل بالاندفاعية اذا أظـهر سـلوكاً يمكـن وصفـه بثلاث من الخصائص الآتية:

1- غالباً ما يتصرف قبل أن يفكر.

2- دائماً ما يتحول من نشاط إلى آخر.

3- لديه صعوبة في تنظيم عمله (لا ترجع إلى ضعف معرفي).

4- يحتاج إلى ملاحظة مكثفة.

5- غالباً ما يطلب المساعدة في الفصل.

6- لديه صعوبة في انتظار دوره في اللعب والمواقف الاجتماعية.

جـ- النشاط الزائد، ويوصف بأنه مفرط الحركة إذا أظهر سلوكاً يمكـن وصفـه باثنتين من الخصائص الآتية:

1- كثيراً ما يجري ويتسلق على الأشياء.

2- يتحرك كثيراً وهو جالس.

3- يجد صعوبة في الاستمرار في الجلوس.

4- يتحرك كثيراً أثناء النوم.

5- دائماً ما يبدو كما لو كان على سفر أو يتصرف كما لو كان يتحرك بموتور.

د- تبدأ هذه الأعراض في الظهور قبل سن السابعة.

هـ- تستمر على الأقل ستة شهور.

و- لا ترجع إلى فصام، أو اضطراب انفعالي، أو ضعف عقلي شديد أو حاد.

5- القلق:

أكدت الأبحاث التي أجريت على القلق والخوف بين الأطفال، أن نسبة شيوع اضطرابات القلق عند الأطفال العاديين تعتبر معتدلة، فقد وجد لاهي وسيمنرو Lahey & Ciminero 1980 بأن حوالي 2-3٪ من الأطفال يظهرون اضطرابات في القلق والانسحاب، ولقد أشار ميشيل Mischel 1971م، إلى أن الطفل القلق يظهر انفعالات ومشاعر تتمثل في عدم الراحة الجسمية، وعدم التنظيم في المهارات الإدراكية، وحل المشاكل، وعند الامتحان يصبح متوتر الأعصاب سريع الغضب، كما يرفض المناقشة والوقوف أمام زملائه في الفصل، كما يوصف الطفل القلق أيضاً بأنه خواف، ومتوتر، وعصبي، وحساس كما تنقصه الثقة بالنفس.

ترى نظريات القوى النفسية Psychodynamic أن القلق يعتبر مسبباً أساسياً لمعظم الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال، في حين لم يؤكد السلوكيين على هذا الرأي، ورغم ذلك فإننا نجد أن كلاً من أصحاب نظرية القوى النفسية والسلوكية متفقان على أن الأطفال القلقين غالباً ما يطورون نماذج سلوكية متعددة ينظر إليها على أنها مضطربة، وأنها مصدر لعدم السعادة الشخصية، وأنها تعيق الوظائف العقلية والاجتماعية، وتجعل الفرد يدور في حلقة مفرغة مما تجعله غير متكيف اجتماعياً.

ويأتي القلق من حالات الضغط التي يتعرض لها الأطفال، ومن عدم القدرة على الخروج من المواقف الصعبة التي يتعرضون لها، أو عدم القدرة على تعديل هذه المواقف مما يؤدي إلى الشعور بالعجز وانخفاض مفهوم الذات لديهم وقد يكون مصدر قلق الطفل هو إجباره على العيش في أسرة لا يشعر أنها تريده، أو أن يعيش في منزل مع والد سيء الخلق.

ولقد أشار ميلر وآخرون Miller 1972م، إلى أن الكثير من حالات القلق يمكن علاجها بنجاح، كما أن اضطرابات القلق في الطفولة من النادر أن تؤدي إلى مشاكل خطيرة تؤدي بدورها إلى عدم التكيف في مرحلة الرشد.

6- الانسحاب - الإنطواء:

الانسحاب سلوك يتضمن أن يكون الطالب بعيداً من الناحية الجسمية والانفعالية عن الأشخاص والمواقف الاجتماعية.

إن الطفل المنسحب أو المنطوي في العادة يكون مصدر خطر على نفسه وليس على الآخرين المحيطين به، فهو لا يثير الضوضاء ولا المشاكل في الفصل أو المنزل، ولهذا فهو لا يعتبر في عداد الأطفال الذين يسببون مشاكل حادة للمدرس، وفي الواقع يتم نسيانه في المدرسة، كما أن كثيراً من المدرسين قد يصفونه بأنه غير قادر على التواصل، وأنه خجول، وحزين وعادة ما يفشل في المشاركة في الأنشطة المدرسية، وفي تكوين علاقات مع الآخرين، إن الأفراد الانسحابيين عادة ما يكونوا طفوليين في سلوكهم، وتصرفاتهم، كما أنهم مترددون في تفاعلهم مع الآخرين، وهم منعزلين اجتماعياً، وأصدقائهم قليلون ونادراً ما يلعبوا مع الأطفال الذين هم في نفس سنهم، كما تنقصهم المهارات الاجتماعية اللازمة للاستمتاع بالحياة الاجتماعية، وبعضهم يلجأ إلى الخيال وأحلام اليقظة، وبعضهم تنمو لديه مخاوف لا أسباب لها، كما أن بعضهم دائم الشكوى والتمارض للابتعاد عن المشاركة في الأنشطة العامة، وبعضهم ينكص إلى مراحل مبكرة من النمو ويطالب بمساعدة من الآخرين، لقد وصف جرين وود وآخرون Greenwood 1977م، نوعين من السلوك الانسحابي وهما:

- الانسحاب الاجتماعي.
- العزل الاجتماعي أو الرفض.

يتمثل الانسحاب الاجتماعي بالأطفال الذين لم يسبق لهم أن قاموا بتفاعلات اجتماعية مع الأفراد الآخرين، أو أن تفاعلاتهم كانت محدودة مما يؤدي إلى عدم نمو مهاراتهم الاجتماعية والخوف من التفاعلات الشخصية.

أما العزل أو الرفض الاجتماعي فيتمثل بالأطفال الذين سبق لهم وإن قاموا بالتفاعل مع الآخرين في المجتمع ولكن تم تجاهلهم أو معاملتهم بطريقة سيئة مما أدى إلى إنسحابهم وإنعزالهم.

ولقد أشار كل من كيرك وجولجر 1983م إلى أن الطفل المنسحب يميل إلى الانتماء إلى والدين لديهم مشاكل مشابهة، فالآباء سيئو التوافق يميلون إلى أن يكون لديهم أطفال سيئي التوافق أيضاً. ومقارنة بالأطفال الذين يتصفون بالنشاط الحركي الزائد والتشتت والاندفاع فإن الأطفال المنسحبين لديهم تحكم كثير بالأنا وهذا راجع إلى تحكمهم في رغباتهم وإمنياتهم، وعدم اندفاعهم، إلا أن الخطأ في ذلك هو التحكم الشديد في الأنا والتشدد، وعدم التلقائية.

7- سوء التكيف الاجتماعي:

يرتبط سوء التكيف الاجتماعي بعدم الامتثال للقوانين، والتعليمات أو النظم الاجتماعية، وتجاوز حدودها، والقيام بالأفعال التي لا يرضاها المجتمع، والاعتداء على التعليمات المدرسية أو غيرها، فالفرد غير المتكيف اجتماعياً في نزاع دائم مع القيم التي يجب التعامل معها واحترامها في المجتمع والمدرسة، لقد استخدم مصطلح الإنحراف الاجتماعي **Socialized Delinquent** ومصطلح المريض اجتماعياً **Socipath** للدلالة على سوء التكيف الاجتماعي فالأطفال سيئي التكيف الاجتماعي يشكلون مصدر إزعاج للمدرسين في المدرسة، وللمختصين في المجتمع، وهم مصدر خطر على المجتمع خاصة إذا امتد هذا السلوك إلى مرحلة المراهقة أو الرشد، إن من الأسئلة الرئيسية التي تطرح نفسها في هذا المجال هي: هل الأطفال سيئو التكيف الاجتماعي لا يعرفون السلوك السليم؟ أم أنهم يعرفونه ولكنهم اختاروا أن لا يسلكوه؟ وهل يختفي هذا السلوك مع مرور الوقت ويصبح هؤلاء الأطفال مواطنين صالحين عند الكبر؟

للإجابة على هذه الأسئلة سنسترشد بالدراسة التتبعية التي أجراها روبنس **Robins 1966**م، حيث أشارت هذه الدراسة إلى أن العديد من هؤلاء الأطفال لا تتحسن سلوكاتهم عندما يكبرون، جاء ذلك في تحليل روبنس لأداء أكثر م خمسة

آلاف راشد كانوا يتلقون معالجة إكلينيكية منذ الصغر، كما قام بمقابلة حوالي 524 شخصاً ممن كانوا يتلقون معالجة إكلينيكية منذ حوالي ثلاثين عاماً عندما كانوا صغاراً وذلك في عيادة الإرشاد النفسي، ولقد استخدم روبنس العناصر التالية لتشخيص هؤلاء الأشخاص:

- تاريخ العمل.
- تاريخ الزواج.
- تناول المخدرات.
- تناول الكحول.
- السجن والاعتقال.
- المشاجرات.
- شذوذ في السلوك الجنسي.
- محاولات الانتحار.
- انعدام الدافع.
- الهروب من المدرسة.
- المشاكل المدرسية.
- الاعتماد مالياً على الغير.
- التسكع (التشرد).
- الشكاوي الجمسية.
- المحافظة على العلاقات الاجتماعية.
- عدم الشعور بالذنب.
- سلوك متهور في مرحلة المراهقة المتأخرة.

لقد كانت العينة الضابطة في دراسة روبنس مكونة من مائة راشد ممن سبق لهم أن قضوا مرحلة الطفولة في المدرسة الواقعة في الحي السكني المجاور، وقد أجريت معهم نفس المقابلة.

وجد روبنس أن حوالي 4٪ فقط من أفراد العينة الضابطة قد أظهرت خمسة من الخصائص المضادة للمجتمع في مرحلة الرشد، بينما وجد أن 45٪ من المجموعة التجريبية قد أظهرت خمسة أو أكثر من الخصائص المضادة للمجتمع، كما أن المشاكل التي لدى المجموعة التجريبية في مرحلة الرشد لم تكن ترتبط بطبيعة المشاكل التي واجهتها في مرحلة الطفولة مع أنها كانت مشاكل شديدة ومؤثرة في سلوكهم في ذلك الوقت، كذلك فإن الأفراد الذين راجعوا العيادة النفسية أثناء طفولتهم بسبب سلوكهم المضاد للمجتمع قد أظهروا صعوبة كبيرة في التوافق في مرحلة الرشد، أما الأفراد الذين راجعوا العيادة أثناء فترة طفولتهم بسبب مشاكل متنوعة

مثل حدة المزاج، والمشاكل التعليمية، وصعوبات الكلام، وغيرها من المشاكل غير الاجتماعية فإنهم لم يظهروا ميولاً مضادة للمجتمع في مرحلة الرشد بشكل كبير.

كذلك فقد وجد روبنس أن مائة راشد من المجموعة العلاجية قد تم تشخيصهم من قبل الأخصائيين النفسيين على أن شخصياتهم تعتبر مريضة اجتماعياً، وذلك بناء على التقارير المكتوبة، والمقابلات التي أجريت معهم، كما كانت طفولتهم خاوية ومشوشة، فتاريخهم حافل بالسرقات، والفساد، والتغيب عن المنزل، والاختلاط برفقاء السوء، وبالممارسات الجنسية، والبقاء خارج المنزل إلى وقت متأخر من الليل، وغير ذلك من أنماط السلوك غير السوية.

وأوضحت الدراسة أيضاً أن عدداً كبيراً من المجموعة العلاجية قد تم ضبط سلوكه في المدرسة ولكنهم تأخروا سنة دراسية واحدة وذلك لمراجعتهم المستمرة للعيادة النفسية، كما أن الكثير منهم لم يكمل الدراسة في المرحلة الابتدائية.

إن من الدلائل المزعجة في دراسة روبنس هو أن هذا النوع من المشاكل السلوكية ينتقل من جيل إلى آخر داخل الأسرة، فقد وجد روبنس أن حوالي 78٪ من الراشدين في المجموعة العلاجية التي درسها هم من المطلقين، وأن سجلهم حافل بمعدلات عالية من هجران الحياة الزوجية، وعدم الإخلاص، والإهمال، وإدمان الخمور، وذلك مقارنة بسلوكات المجموعة الضابطة، ولهذا فإن مثل هذه السلوكات تؤثر على الأبناء وتنتقل إليهم.

هناك عدة بحوث أجريت لدراسة صفات الأطفال ذو المشاكل السلوكية من هذه الدراسات دراسة:

1- Cummings 1944 على 239 طفل انجليزي تتراوح أعمارهم ما بين السنتين وتشمل هذه الصفات:

- سرعة الاهتياج والاستياء.
- أحلام اليقظة وعدم التركيز.
- قلق عام وخجل.
- الخوف.
- التبول اللاإرادي.
- عادات عصبية.

- القسوة والعدوانية. - صعوبة في النطق.
- ضعف الشهية. - سلوكات طفولية وبكاء مستمر.
- الكذب والسرقة. - إمساك، صداع،
- آلام البطن. - العناد والعصيان والتمرد.
- سلوكات جنسية غير مرغوبة. - تعب مستمر.

2- الدراسة الثانية قام بها Woody 1964م، على 133 طفل ذكر و 39 أنثى، أعمار الأطفال الذكور تتراوح ما بين 4 سنوات و3 أشهر إلى 18 سنة و 6 أشهر، وأعمار الأطفال الإناث ما بين 5 سنوات إلى 17 سنة وشهر:

- ضعف العلاقات الاجتماعية. - ضعف مهارات القراءة.
- ضعف التركيز والانتباه. - النشاط والحركة الزائدة.
- مشاكل عاطفية انفعالية. - العصبية.
- ضعف الحافز والدافعية. - السلوك الطفولي غير الناضج.
- عدوانية. - الكذب والمبالغة.
- مشاكل النطق. - الانسحاب.
- انعدام الثقة. - البكاء.
- التبول والتبرز اللاإرادي. - مص الإصبع.
- سيلان اللعاب غير الإرادي.

8- الاجترارية (التوحد):

تعتبر كلمة (الاجترارية) تعريباً لمصطلح الأوتوسية Autism كذلك فقد عربها البعض بـ (التوحد)، وهي تعتبر واحدة من الخصائص السلوكية الشائعة عند كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً خاصة ممن يعانون من اضطرابات سلوكية حادة، وتتمثل الاجترارية بالتمركز حول الذات، وبانشغال الطفل بذاته بصورة أكثر من انشغاله بالعالم الخارجي.

أشار كارنر إلى أن التوحد عبارة عـن اضطـراب يظـهر منـذ الـولادة ويعـاني الأطفال المصابون بتلك الحالة من عدم القدرة على الاتصال بأي شكل من الأشكال مع الآخرين، وكذلك ضعف أو انعــدام وجـود اللغـة لديـهم خصوصـاً في مراحـل العمر الأولى،وإذا وجدت فإنها تتصف بالمصادئة والترديد وتميزهم بالسلوك النمطي، ومقاومة أي تغير في البيئة من حولهـم، وضعـف في القـدرة علـى التخيـل والربـط، ولكنهم في المقابل يتمتعون بذاكرة قوية، ويتصفون بنمو جسمي طبيعي مقارنــة مـع غيرهم من الأطفال في نفس المرحلة العمرية، ونسبة كبيرة منهم يتصفون بالجمال.

وقد عرف البعض **التوحد على أنه إعاقة نمائية تظهر عادة في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وهي نتيجة لاضطرابات عصبية تؤثر سلباً على عمل الدماغ.**

- كما عُرف **التوحد على أنه : ضعف شديد في إقامة أي نوع من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين في المجتمع وحتى مـع أقـرب النـاس وهـم الوالديـن، والفشل في تطوير اللغة بشكل طبيعي.**
- كما عرف هذا الاضطراب علـى أنـه: **عبارة عن ضعف شديد وعجز نمائي واضح ويظهر هذا الاضطراب في السنوات الأولى من حياة الطفل.**
- وقد عرفه الكثيرون على أنه: **حالـة من الانسحاب والانعزال، وهما الصفتان الأكثر ارتباطاً بحالة التوحد.**

فالتوحد بأعراضه وعلاماته المتناقضة هو حالة قليلة الحدوث نسبياً، وهي حالة مذهلة إلى حد أصبح معه لدى معظم الناس فكرة عـن التوحـد دونْ أن يكونـوا قـد مروا بخبرة مباشرة مع شخص يعاني من هذه الحالة.

والتوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث بحوالي أربعة أضعاف ونسبة انتشاره قليلة، وهو يحدث لدى الأطفال من كل الشرائح الاجتماعية والعرقية.

ولقد أورد هوارد وأورلنسكي 1980م، ست خصائص تتواجد لدى الأطفال الاجتراريين وهي:

1- العجز الجسمي الظاهري:

فقد تتحرك أمام الطفل بشكل مباشر وتبتسم له، وتتكلم معه، ومع ذلك فإنه يتصرف كما لو لم يكن هنالك أحد، وقد لا نشعر بأن الطفل يتجنبنا أو يتجاهلنا لأنه يبدو كما لو أنه لا يشاهدنا، أو يسمعنا، وغالباً ما تشك الأم بأن طفلها أصم أو كفيف.

2- البرود العاطفي الشديد:

من الخصائص الأخرى التي نلاحظها بشكل متكرر هي عدم الاستجابة لمحاولة الحب أو العناق وإظهار مشاعر العطف، ويذهب الأهل إلى أن طفلهم لا يعرف أحداً ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين.

3- الإثارة الذاتية:

من أكثر أنواع السلوك الملفتة للنظر لدى هؤلاء الأطفال هو تكرار الأفعال أو القيام بأعمال نمطية مثل سلوك الاهتزاز (هز الجسم إلى الأمام وإلى الخلف أثناء الجلوس، والدوران حول النفس، والتلويح بالذراعين، والهمهمة وترديد ثلاث أو أربعة كلمات، أو جمل معينة لفترة طويلة من الوقت).

4- سلوك ايذاء الذات ونوبات الغضب:

مع أن الطفل قد لا يكون منشغلاً بأشياء يمكن أن تؤذيه وذلك عندما تقابله لأول مرة إلا أن الأهل غالباً ما يذكرون بأن الطفل يعض نفسه في بعض الأحيان بشدة لدرجة ينزف معها دمه، وأنه قد يضرب وجهه بقبضة يده، أو قد يضرب رأسه بالحائط، أو بقطع أثاث حادة حتى تتورم رأسه ويصبح لونها أسوداً أو أزرقاً، وفي بعض الأحيان يوجه الطفل عدوانه نحو الآخرين في الأسرة أو المدرسة وذلك على شكل عض أو خربشة أو رفس، وقد يقضي بعض هؤلاء الأطفال الليل مستيقظين يصدرون أصواتاً، وبعضهم يمزق الأوراق ويرمي بها من النافذة، ويسكب الماء على الأرض، ..... الخ، وغالباً ما يكون الأهل عاجزين عن التعامل مع هذه الأنماط السلوكية.

5- الكلام النمطي:

إن معظم هؤلاء الأطفال يتصفون بالبكم، فهم لا يتكلمون ولكنهم يهمهمون أو يطلقون أصواتاً بسيطة، وقد يكون كلامهم إعادة لكلام الأفراد الذين يتحدثون معهم، فعلى سبيل المثال، إذا وجهنا سؤالاً للطفل ما اسمك؟ فمن المرجح أن تكون إجابته ما اسمك، وفي بعض الأحيان قد لا يكون التكرار النمطي مباشراً ولكنه قد يأتي متأخراً، فقد يعيد الطفل بعض العبارات التي سمعها في الصباح، أو في اليوم السابق، أو قد يقوم بإعادة الإعلانات التي يسمعها من التلفزيون وغير ذلك.

وأشار كل من دونالد وكابرولو إلى أن 60٪ من الأطفال المتوحدون تقل درجة ذكائهم عن 50٪.

6- قصور السلوك:

من أنماط السلوك الملفتة للنظر والتي يتصف بها الطفل الاجتراري أو المتوحد هو التأخر في نمو السلوك أو قصور السلوك، فالطفل الاجتراري الذي يبلغ من العمر خمس سنوات قد يظهر سلوكاً يتناسب مع سلوك الطفل العادي ذو السنة الواحدة من العمر، فبالنسبة لمهارات العناية بالذات على سبيل المثال، فهو لا يمتلك منها إلا القليل ويحتاج إلى من يقوم بإطعامه وإلى من يساعده على ارتداء ملابسه، وقد لا يلعب بالألعاب ولكنه قد يضعها في فمه تماماً مثل الطفل الرضيع، وقد يضرب على الألعاب بأصابعه بشكل مستمر، كما أنه لا يعبأ بمواطن الخطر.

7- يظهرون العديد من المشكلات مثل:

- مشكلة النوم فالنوم عندهم قلق ومتطقع وعلى فترات مختلفة ولا يستمر لأكثر من ثلاث ساعات متواصلة.
- مشكلة الشراب والأكل، فقد يشربون ويأكلون بكميات كبيرة دون الشعور بالشبع، ويميلون إلى تفضيل بعض الأطعمة وتكرار أكلها مثل حبهم للبطاطس ولا يرغبون في التنويع بها ويلجأون إلى استخدام نفس الكأس لشرب الماء والشاي والعصير.

- مشكلة السلامة، فهم لا يعرفون معنى الخوف من بعض الأمور الخطيرة كـالعبور أثناء سير السيارات دون انتظار.
- مشكلة التغيرات التي تحدث في بيئته وخصوصاً التغيرات الدقيقة أو البسـيطة أو الكبيرة فلا يعبأ بها.
- مشاكل ادراكية، فهم يعـانون مـن خلـل في عمليـة التفكـير والتعـرف والإدراك والتقليد.
- نقص القدرة على الاستجابة بسبب عدم الفهم.
- مشكلة التعميم فلا يستطيعون نقل وتعميم ما تم تعلمه من بيئة إلى أخرى.
- نقص المثابرة أو الدافعية.

ويجب الإشارة إلى وجود فـروق بـين الأطفـال المتوحـدون في الأعـراض الـتي يظهرونها، فقد تظهر بعض الأعراض لدى الطفل ولا تظهر لدى آخر أو قد تظـهر كلها، بالإضافة إلى الفرق في الدرجة أو الشدة التي تظهر بـها تلـك الأعـراض مـن طفل إلى آخر، ولذلك يمكن أن نفرق بين توحد بسيط، متوسط وشـديد، فمثـلاً نجـد السلوك العدواني وإيذاء الذات لدى أحد الأطفال المتوحدين وبشكل شديد لدرجة إيذاء الذات مثل عض اليدين لدرجة النزيف بينما لا نجد مثل هـذا السـلوك لـدى طفل آخر، وقد نجده ولكن ليس بنفس الدرجة.

أسباب التوحد:

لدى البحث عن الأسباب فـإن حالـة التوحـد تتداخـل مـع التطـور والنمـو الطبيعي للدماغ، بالإضافة إلى التفاعل الاجتماعي ومهارات الاتصـال، حيـث يعـاني الأطفال والكبار الذين يعانون من حالة التوحد من صعوبات الاتصال اللفظي وغير اللفظي، بالإضافة إلى صعوبات في التفاعل الاجتماعي وممارسـة مـهارات ونشـاطات اللعب المختلفة وذلك بسبب اضطراب التوحد الذي يجعـل مـن الصعـب عليـهم التواصل مع الغير وبأن يصبحوا أفراد مستقلين في المجتمع.

ولقد تعددت الأسباب التي تم إرجاعها لاضطراب التوحد وذلك للغموض الذي يحيط بها، إلا أنه حتى الآن لم يتم اعتماد أحد هذه الأسباب بشكل علمي قاطع فلا يمكن أن ترجع حالة التوحد إلى سبب معين بحد ذاته ونقول أنه ثبت علمياً وبشكل قاطع أن هذا السبب أو ذلك مسؤول عن حدوث حالة التوحد، فحتى تاريخ اليوم لا يزال السبب الحقيقي الواقعي لحدوث التوحد غير معروف، ففي فترة الأربعينات والخمسينات سادت النظرية السيكودناميكية والتي أرجعت الأسباب في حدوث التوحد إلى الآباء فقد أشارت العديد من النظريات إلى أن آباء الأطفال المتوحدون يتصفون بالبرود والفتور العاطفي، فهم سلبيون انفعالياً، وأن هذا البرود العاطفي هو السبب في حدوث حالة التوحد، كما أشارت بعض الدراسات إلى العلاقة الزوجية السلبية التي تتسم بالبرود واللامبالاة بين الزوج والزوجة، وأن محصلة تلك العلاقة هي وجود طفل متوحد، وأشارت بعض الدراسات أيضاً إلى حدوث حالة التوحد أثناء فترة الحمل، فقد قام روتر 1976م بتوجيه الاتهام إلى الأم الباردة انفعالياً والتي لا تحمل أي مشاعر أو انفعالات نحو جنينها مما ينتج عن ولادة طفل متوحد.

وظهرت بعد ذلك بعض النظريات التي ترى احتمالية وجوداً أساس أو سبب عضوي لاضطراب التوحد، والتي حصلت مؤخراً على الكثير من الدعم من قبل العاملين في هذا الميدان، إلا أن هذه الأسباب لم يتم تأكيدها وتثبيتها بدقة، وقد قام كوندون 1975م **Kondon** بجمع العديد من الأدلة والبراهين التي تدعم وجود أسباب بيولوجية لهذا الاضطراب إلا أنه لم يتم تأكيدها علمياً أيضاً.

وفي محاولة لدعم تلك النظريات، قام الباحثون بتقديم بعض الأدلة حيث أرجعوا مشكلات اللغة والخلل في التآزر الحركي والحسي إلى وجود خلل في الدماغ حيث أن معظم هؤلاء الأطفال لديهم نشاط غير طبيعي في موجات الدماغ.

وبمرور الوقت تم اعتبار التوحد كأحد أشكال التخلف العقلي على الرغم من وجود فرق كبير بين الحالتين، حيث أنه يمكن اعتبار المتخلفين عقلياً أفضل من الناحية الاجتماعية بالنسبة للناحية العقلية، أما بالنسبة للأطفال المتوحدون فالأمر معكوس.

وقد تطور اهتمام العلماء في هذا المجال للقول باحتمالية وجود خلل في وظائف الجهاز العصبي المركزي ينتج عنه الإصابة بهذا الاضطراب.

ويعتبر كانر Kanner من أول الذين بحثوا في أسباب التوحد حيث قدم نظرية البرود والفتور العاطفي من قبل الآباء، حيث قال أن آباء الأطفال المتوحدون يميلون إلى عدم إظهار العاطفة وأنهم رافضون وسلبيون تجاه أطفالهم وباردون من الناحية العاطفية وفي إظهار التفاعل بينهم وبين أطفالهم بصورة لا تسمح للطفل بالاتصال مع والديه بأي شكل من الأشكال.

كما قال فيرستر Ferster إلى أنه نتيجة للفشل في تقديم التعزيز المناسب لاستجابات الطفل المتطور المختلفة بشكل عام، فإن ذلك يقلل من فرص ظهور الاستجابات المناسبة مقارنة مع الأطفال الآخرين، والدليل على ذلك قلة الاستجابات التي يظهرها الطفل المتوحد مع البيئة من حوله، ويعود السبب إلى عدم حصول الأطفال المتوحدون على المعززات الإيجابية الكافية لتشكيل سلوكلهم الاجتماعي وتعزيزه واستمرار حدوثه وما ينتج عن ذلك من عدم تعلم الطفل لأشكال السلوك الاجتماعية المختلفة.

وقد أرجع البعض السبب في حدوث التوحد إلى دور التنشئة الأسرية غير السليمة، فقد أشار بيتلهايم Betleheime إلى أن عدداً كبيراً من المصابين بحالة التوحد جاءوا من أسر اتسمت بالتنشئة الأسرية غير السليمة، حيث كانت العلاقة بين الوالدين والإبن وخصوصاً الأم تتسم بالبرود واللامبالاة خصوصاً في الأشهر والسنوات الأولى من عمر الطفل واتسمت تلك العلاقة باعتماد مبدأ القوة ورفض العاطفة، مما دعا الأطفال لاستخدام سلوك التوحد كوسيلة دفاع وردة فعل للى عدم قبوله عاطفياً من قبل الوالدين.

ويمكن تقسيم الأسباب التي يعزى لها اضطراب التوحد إلى ما يلي:

أولاً: أسباب ما قبل الولادة وأثناءها

وجد العالمان دايكن وماكملان Dyken and Macmalan أن أمهات الأطفال المصابون بالتوحد قد تعرضن لتعقيدات الحمل أكثر من أمهات الأطفال

الطبيعيين، مثل حالات النزيف التي كانت تصيبهم خصوصاً بعد الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، وكذلك الحصبة الألمانية والتوكسوبلازمس أثناء الحمل.

كما أشار شيز Chess إلى أن نسبة حدوث حالة التوحد أعلى لدى الأمهات الذين يتم حقنهم بمطعوم الحصبة الألمانية أثناء الحمل مقارنة مع الأمهات الذين لا يتم حقنهم بهذا المطعوم.

وقد أشار كالفن Calvin إلى أن نسبة حدوث التوحد تزيد في حالات الولادة المبكرة (الخداج) والعملية القيصرية كطريقة للولادة.

كما أشار لاباشيرLabascher إلى وجود بعض التعقيدات بالحمل والولادة في حالات الأطفال المتوحدون.

ولقد أشار جينو Geno إلى وجود بعض حالات الإدمان على الكحول والأمراض النفسية والعقلية لدى أسر الأطفال المصابون بالتوحد، وقد أشار إلى كثرة حدوث حالات الحساسية لبعض المواد المستنشقة وبعض المأكولات في أسر هؤلاء الأطفال مما قد يشير إلى أسباب مناعية أو متعلقة بالمناعة.

كل تلك الدراسات وغيرها لم يتم إيجاد عامل مشترك واحد يمكن أن يعزى إليه حدوث حالة التوحد.

ثانياً: الأسباب الوراثية أو الجينية.

أشارت العديد من الدراسات إلى الأسباب الجينية التي ركزت على دراسة الكروموسومات خصوصاً في حالات ولادة التوائم المتطابقة والمتشابهة، حيث أجريت ثلاث دراسات في مجال التوائم، اثنتان منها تم إجراؤها في بريطانيا والثالثة تم إجرائها في اسكندنافيا، وتبين من نتيجة الدراسة أن معدل حدوث حالة التوحد في التوائم من نفس الخلية (المتطابقة) يتراوح من 36-91٪، في حين اختلفت هذه النتيجة في التوائم من خليتان منفصلتان (المتشابهة) حيث تراوحت من صفر-10٪.

بالإضافة إلى الدراسة التي قام بها كل من جود ومانلل Judd and Mandell حيث أشارت هذه الدراسة إلى أن نسبة حدوث هذا الاضطراب في التوائم المتطابقة تكاد تكون 100٪ في حالة إصابة أحدهما باضطراب التوحد، والسبب في ذلك يعود إلى التطابق الوراثي الكبير في الجينات والكروموسومات في حالة التوائم المتطابقة وبالتالي احتمالية تعرضهم لهذا الاضطراب أكثر من التوائم المتشابهة.

كما أشارت بعض الدراسات إلى أن حالة التوحد تكثر في الأسر التي تميز تاريخها بوجود مثل تلك الحالات.

وقد وجد بعض العلماء مثل براون وآخرون 1985م، وجدوا أن العامل الوراثي الجنسي الذكري الهش أعلى في حالات التوحد وقد تصل إلى 16٪ في حالات الذكور المصابين بالتوحد كما أشار العالم بلاجيست Blamguist إلى نفس النتيجة.

كما دلت الأبحاث المختلفة أن نسبة حدوث هذا العامل الوراثي تتراوح من صفر إلى 16٪ في حالات التوحد، وقد أشارت بعض الدراسات الأخرى إلى وجود علاقة بين المرض الوراثي المتنحي فينال كينونيوريا (PKu) وحالات التوحد.

وحتى الآن لم يتم تأكيد تلك الأسباب بشكل علمي قاطع وذلك لصعوبة إجراء التجارب والأبحاث على الجينات البشرية بالإضافة إلى قلة نسبة المصابين بهذا الاضطراب.

ثالثاً: الأسباب البيئية والعضوية (العصابية).

تتجه العديد من الدراسات والأبحاث الحالية في مجال البحث عن الأسباب لحالة التوحد إلى الربط بين حالة التوحد والاختلافات البيولوجية والعصبية في الدماغ.

فقد أظهرت بعض الاختبارات التصويرية للدماغ مثل اختبار MRI- Magentic أظهرت اختلافات غير عادية في تشكيل الدماغ مع وجود فروق واضحة بالمخيخ، فقد وجد بعض العلماء مثل بومان وكامبر Bauman and Kamper 1985م، وغيرهم وجود ضمور في حجم المخيخ خصوصاً في الفصيصات الدورية Vermis

رقم ستة وسبعة وقد يصل هذا الضمور إلى 13٪ من حجم المخيخ لدى الأطفال المصابون بالتوحد مع وجود أو عدم وجود تخلف عقلي مصاحب لحالة التوحد.

وفي العديد من الدراسات الأخرى لم يتم الإشارة إلى وجود أي ضمور أو أي شذوذ في تركيب الفصوص المخية أو في الجسم المتصلب أو في الجذر العصبي أو العقدة القاعدية أو البطينين الجانبيين وقد تم إثبات ذلك بواسطة التشريح أيضاً.

وقد وجد أن فحص الرسم الكهربائي (E.E.G) في حالات التوحد يظهر بعض التغيرات في الموجات الكهربائية في حوالي 20-65٪ في الحالات، وكذلك زيادة في نوبات الصرع خصوصاً عندما يتقدم الطفل في العمر وقرب عمر المراهقة في حوالي 30٪ من هؤلاء الأطفال وخاصة في حالات الأطفال الذين لديهم مستوى أقل من الذكاء أو يعانون من الأمراض المصاحبة للتوحد كالتخلف العقلي، والتصلب الدرني والحصبة الألمانية الولادية.

وقد أرجع البعض السبب إلى وجود خلل في النظام البيولوجي للفرد مما ينتج عنه الإصابة باضطراب التوحد، اذ لوحظ تشابه في الأعراض بين الاختلال النفسي والسلوكي الناتج عن أذى أو تلف الجزء الأيسر من المخ وبين تصرفات هؤلاء الأطفال اللغوية والمعرفية والسلوكية، كما أشار البعض إلى الأسباب البيئية بصفتها عامل أساسي وراء حدوث العديد من حالات التوحد.

ولقد أشارت بعض الدراسات إلى دور الحوادث والصدمات البيئية المختلفة والتي تصيب الرأس وما ينتج عن ذلك من خلل في الجهاز العصبي المركزي وبالتالي حدوث حالة التوحد، إذ لوحظ وجود تشابه في الأعراض بين الاختلال النفسي والسلوكي الناتج عن أذى أو تلف الجزء الأيسر من المخ وبين تصرفات هؤلاء الأطفال اللغوية والمعرفية والسلوكية، كما أشار شيز Chess إلى أن نسبة حدوث حالة التوحد أعلى لدى الأمهات اللاتي يتم تطعيمهم ضد الحصبة الألمانية أثناء الحمل، مقارنة مع الأمهات اللاتي لا يتم تطعيم.

وفي دراسة لأريكسون Aricksn أشار إلى أن النسبة ترتفع في حالات الولادة العسرة أو المعقدة، حيث تزيد احتمالية ولادة طفل متوحد.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن تلك الأسباب لم يتم تأكيد أي منها بشكل علمي قاطع حتى هذا اليوم لاعتبارها مسبباً أساسياً في حدوث وجود حالة التوحد.

تشخيص التوحد:

إن التوحد يعرف سلوكياً، فليس هناك اختبارات طبية يمكن تطبيقها لتشخيصه، مع أن الاختبارات يمكن لها أن تؤكد أو تنفي وجود مشكلات أخرى، ولذلك فإن الأخصائيين يعتمدون في تشخيص التوحد على ملاحظة الخصائص السلوكية لكل فرد، وبوجه عام، كلما زادت الاستجابات التوحدية التي يبديها الطفل، زادت احتمالات تشخيص حالات التوحد.

على أن التشخيص الصحيح ليس أمراً سهلاً، ويجمع معظم الخبراء على أن تشخيص التوحد يتطلب مشاركة فريق المتعدد التخصصات، ويشمل الفريق متعدد التخصصات أخصائيين مختلفين يعملون معاً لتشخيص الحالة، وغالباً ما يشمل الفريق الأخصائي النفسي، طبيب أطفال يعرف التوحد، أخصائي قياس تربوي، أخصائي علاج نطقي، أخصائي قياس سمعي، وربما أخصائي اجتماعي، ويلعب الوالدان دوراً حيوياً في عملية التشخيص وذلك من خلال تقديم المعلومات عن التاريخ التطوري للطفل وأنماطه السلوكية.

ولأن التوحد اضطراب يعرف سلوكياً، فإن من الصحيح القول بأنه كلما زاد عدد الأخصائيين الذين يلاحظون سلوك الطفل في أوقات مختلفة وأوضاع متنوعة، زادت احتمالات تشخيص التوحد بشكل صحيح، ويقيناً أن ذلك أفضل من قيام أخصائي واحد بعملية التشخيص.

ولتحديد طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه الطفل، يجب على الأخصائيين أن يحددوا أيضاً الاضطرابات التي لا يعاني منها الطفل، وتعرف عملية مقارنة الأنماط السلوكية للطفل الذي يراد تشخيص حالته بالأنماط السلوكية التي تلاحظ عادة في الاضطرابات الأخرى بعملية (التشخيص الفارقي) والتخلف العقلي، والاضطراب اللغوي حالتان يجب التأكد من عدم وجودهما قبل تشخيص الاضطراب على أنه توحد، كذلك يجب فحص الطفل للتأكد من عدم وجود مشكلات جينية أو طبية

مثل الفينل كيتون يوريا Pku ومتلازمة الكروموسوم الهش حيث يصاحب هذان الاضطرابان التوحد في بعض الحالات.

وتبعاً لدليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتشخيص الاضطرابات العقلية فإن التوحد هو أحد أشكال (الاضطرابات النمائية العامة)، ويقدم الدليل ستة عشر معياراً لتشخيص التوحد، **وهذه المعايير تقع ضمن ثلاث فئات هي:**

أ- قصور التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي.

ب- قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة.

جـ- إظهار مدى محدود جداً من النشاطات والاهتمامات، كذلك يجب أن تظهر هذه الأعراض من مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة، أما المعايير الستة عشرة فيتم توظيفها على النحو التالي:

(يجب توافر ثمانية معايير على الأقل من المعايير الستة عشر الواردة أدناه، وهذه المعايير يجب أن تشمل فقرتين على الأقل من الفئة (أ) وفقرة من الفئة (ب) وفقرة من الفئة (ج) ولا يعتبر المعيار متحققاً إلا اذا كان السلوك شاذاً بالنسبة للمستوى النمائي للطفل).

الفئة (أ):

قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة يعبر عن نفسه كما يلي:

1- عدم الوعي بوجود أو بمشاعر الآخرين (يعامل الأشخاص وكأنهم أثاث، لا يشعر مع الشخص الذي يبدو عليه الضيق، لا يفهم حاجة الآخرين إلى الخصوصية).

2- لا يشعر بالحاجة إلى مساعدة الآخرين له في الظروف الصعبة أو أنه يعبر عن تلك الحاجة بطرق شاذة (فهو لا يبحث عن الراحة حتى عندما يكون مريضاً أو عندما يتعرض للأذى أو للتعب، أو أنه يطلب العون بطريقة نمطية شاذة كأنه يقول كلمة ما بشكل متكرر عندما يؤذى).

3- لا يقلد الآخرين أو أن لديه قصوراً واضحاً في عملية التقليد (فهو لا يلوح بيده مودعاً، ولا يقلد نشاطات الأم في المنزل، أو يقلد الآخرين بطريقة ميكانيكية).

4- لا يعلب لعباً اجتماعياً أو أنه يلعب بطريقة شاذة (لا يشارك بنشاط في الألعاب الجماعية، يفضل أن يلعب لوحده، يستخدم الأطفال الآخرين في اللعب وكأنهم أدوات).

5- قصور كبير في القدرة على بناء علاقات صداقة (لا يبدي أي إهتمام بالصداقة، يبدي عدم مقدرة على فهم أصول التفاعل الاجتماعي).

الفئة (ب):

قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي على النحو التالي:

1- لا يتواصل مع الآخرين وإنما يصدر أصواتاً غير مفهومه، ولا يظهر تعبيرات وجهية أو ايماءات مقبولة.

2- يتواصل بطرق غير لفظية شاذة (لا يتوقع من الآخرين أن يقتربوا منه، تشنج عندما يقترب منه الآخرون، لا ينظر إلى الشخص الذي يتفاعل معه ولا يبتسم له، لا يرحب بالوالدين أو بالزوار، يحملق بطريقة ثابتة في المواقف الاجتماعية).

3- غياب النشاط التخيلي كلعب أدوار الراشدين مثلاً، أو تمثيل حركات أو أصوات الحيوانات، وعدم الاهتمام بالقصص التي تدور حول الأحداث التخيلية.

4- إخراج الكلام بطرق شاذة سواء من حيث حلة الصوت، أو علوه، أو معدله.

5- اضطرابات ملحوظة في محتوى الكلام أو شكله بما في ذلك الكلام النمطي (مثل التكرار الميكانيكي لدعايات التلفزيون أو قول (أنت) بدلاً من (أنا) أو التكلم عن أشياء ليست ذات علاقة بالموضوع).

6- قصور واضح في القدرة على تقليد الآخرين أو التحدث معهم رغم امتلاك الطفل مقدرة على الكلام (مثل التحدث عن نفس الموضوع على الرغم من عدم استجابة الآخرين).

الفئة (ج):

ذخيرة محدودة جداً، من النشاطات والاهتمامات تظهر من خلال:

1- الحركات الجسمية النمطية (مثل ثني اليدين، أو هز الرأس، وما إلى ذلك).

2- الانشغال بشكل متواصل بأجزاء الأشياء (مثل شم الأشياء، أو تحسس ملمس الأشياء بشكل متكرر)، أو التعلق بأشياء غير اعتيادية (مثل الإصرار على حمل قطعة قماش وخيط ....الخ).

2- الإصرار بطريقة غير معقولة على اتباع نفس النمط في النشاطات (مثل الإصرار على اتباع نفس الطريق دائماً عند التسوق).

4- الإنفعال الشديد عند حدوث تغيرات بسيطة في البيئة (مثل تغير مكان الكرسي في الغرفة).

5- مدى محدود جداً من الاهتمامات أو الانشغال بشيء معين على الدوام (مثل الاهتمام فقط بوضع الأشياء فوق بعضها البعض).

الفئة (د):

يجب أن يكون الاضطراب قد ظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر:

اضطرابات أخرى تشترك مع التوحد ببعض الخصائص العامة:

1- متلازمة اسبرجر Asperger Sundrome.

تشمل أعراض هذه المتلازمة قصور في مهارات التوازن، الاكتئاب، الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة، كراهية التغير، حب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، معظم هؤلاء الأطفال لديهم نسبة ذكاء عادية.

2- متلازمة الكروموسوم الهش Fragile Syndrome:

اضطراب جيني في الكروموسوم الجنسي الأنثوي (x) معظم الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط إلى متوسط غالباً ما تظهر

استجابات حركية تكرارية، وحساسية مفرطة للصوت، اضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي، واضطرابات معرفية.

3- متلازمة لاندوكليفز Landuu Kleffner Syndrome:

في هذه الحالة ينمو الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث إلى سبع سنوات من العمر ولكنه يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك، غالباً ما يشخص الطفل خطأ على أنه أصم، هناك حاجة لاستخدام التخطيط الكهربائي للدماغ لتشخيص هذه المتلازمة، من الأعراض المشابهة للتوحد قصور الانتباه، عدم الشعور بالألم، الكلام التكراري، وقصور المهارات الحركية.

4- متلازمة موبياس Syndrome Mobius:

تسبب عدة مشكلات في الجهاز العصبي المركزي (بما فيها شكل عضلات الوجه، مما يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية)، ومشكلات سلوكية كتلك التي تنتج عن التوحد.

5- متلازمة رت Rett Syndrome:

تحدث لدى الإناث في معظم الحالات، أعراضها تتمثل بعدم القدرة على الكلام، وفقدان القدرة على استخدام اليدين إرادياً.

6- متلازمة سوتوس Sotos Syndrome:

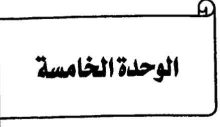
تسبب سرعة كبيرة في النضج وكبر حجم الجمجمة والتخلف العقلي وتعبيرات وجهية شاذة، ومن الأعراض المشابهة للتوحد، صغر الرأس، قصور المهارات الاجتماعية، الكلام التكراري، والدوران في نفس المكان.

7- متلازمة توريتي Tourette Syndrome:

يتصف بالعرّة (الحركة اللاإرادية) كما في رمش العين وتلمظ الشفاه وهز الكتفين بطريقة شاذة، غالباً ما يعاني الطفل أيضاً من القلق وعدم القدرة على التركيز.

8- متلازمة وليامز Williams Syndrome:

اضطراب نادر يشترك مع التوحد ببعض الخصائص مثل التأخر اللغوي والحركي، والحساسية المفرطة للصوت، وهز الجسم، والتعلق بالأشياء بطريقة غير طبيعية.



5

مشكلات الأطفال السلوكية والانفعالية

- مقدمة.

أولاً: السلوك المرتبط بعدم الشعور بالأمن:

1- القلق.

2- الخوف.

3- تدني اعتبار الذات.

4- الاكتئاب وإيذاء الذات.

5- الحساسية الزائدة للنقد.

6- الأفعال القهرية.

7- الخجل.

ثانياً: اضطراب العادات:

1- مص الإبهام.

2- قضم الأظافر.

3- التبول اللاإرادي.

4- اضطرابات النوم.

5- مشكلات الأكل.

مشكلات الأطفال السلوكية والانفعالية

الانفعالات في حياتنا اليومية

يتعرض كل فرد في حياته إلى مواقف متعددة تسبب له انفعالات مختلفة تؤثر على سلوكه وعلى طريقة تفكيره، وثمة في حياتنا نوعان من الانفعالات:

النوع الأول: الانفعالات الإيجابية وهي تلك الإنفعالات التي تشيع فينا الرضا والارتياح والسرور أما النوع الثاني: فهو الانفعالات السلبية وهي تلك الإنفعالات التي تشيع في نفوسنا الكدر أو الغضب أو أي إحساس بالانقباض. والإنسان بطبيعته يتقلب بين هذين النوعين من الإنفعالات فمن غير المعقول أن يبقى الفرد تحت تأثير نوع واحد من هذين النوعين من الانفعالات.

إن تأثير الانفعالات - وخاصة السلبية منها - على السلوك وطريقة التفكير يختلف من فرد إلى آخر. فالفرد العادي المتمتع بالصحة النفسية يتمكن من استيعاب إنفعالاته والتعامل معها بشكل سوي وبفاعلية أما الفرد غير القادر على التكيف لا يستطيع السيطرة على انفعالاته ويعجز عن التعامل معها بفاعلية فتبدأ تلك الانفعالات الحادة القوية بالتأثير على تفكيره وبالتالي على سلوكه، فتحد من قدرته على التكيف مع مواقف الحياة اليومية. وهذا بدوره يجعله مختلفاً عن الآخرين فيوصف بالمضطرب انفعاليا وسلوكيا. وهذا الأمر يشمل الراشد والطفل على حد سواء. فالأطفال يتعرضون لمواقف مختلفة سواء كان ذلك في نطاق البيت أو المدرسة أو المجتمع ومؤسساته المختلفة، وهذه المواقف تخلق لدى الطفل انفعالات منها الحسن ومنها السيء.

إن الإنفعالات تأتي عن أحد عـاملين أو عنـهما جميعـا : العـامل الأول وهـو داخلي عضوي يتعلق بالجهاز العصبي وإفرازات الغدد الصماء للهرمونات ومدى ما يحققه ذلك الإفراز من إتزان هرموني للجسـم ومـدى كفايـة كـل هرمـون لحاجـات الجسم وعدم زيادة إفرازه عن الحد المطلوب ونحو ذلك من اعتبارات جسمية داخلية .

أما العامل الثاني فهو عامل خارجي يتعلق بالأحداث الخارجية التي تؤثر على الشخص في أحاسيسه المتباينة إنْ بالرضـا أو السـخط ، وإنْ بـالفرح أو الكـدر وإنْ بالانبساط أو بالإنقباض ونحو ذلك من حالات وجدانية .

من هو الطفل المشكل :

إن الطفل المشكل هو الطفل الذي نمت لديه اتجاهات خاطئة نحو ما يحيط به ، نحو الأسرة أو المدرسة ، نتيجة لظروف معينة أو نتيجة أخطاء تربوية يقع فيها الأهل أو المربيـين. والمشـكلات السـلوكية لـدى الأطفـال متنوعـة مثـل مشـكلة التبـول اللاإرادي، الكذب ، مشكلة النظام ، قضـم الأظافر ، ومص الإبهام ، فقدان الشـهية، العدوانية، الغيرة، الخجل، المخاوف، إيذاء الذات .....الخ .

يمكن اعتبار سلوك الطفل المشكل من الشدة والبعد عن السواء بحيث يحتـاج إلى مساعدة متخصصة ؟ تقول أنا فرويد (anna fread) التي تتـابع أعمـال والدهـا سيجموند فويد " إن تحديد الخط الفاصل بين الصحة العقلية والمرض هو أصعـب في مرحلة الطفولة من المراحل اللاحقـة " إن الفـرق بـين السـلوك السـوي وغـير السوي هو فرق في الدرجة أي في مـدى تكـرار السـلوك ، الـذي يـؤدي إلى حـدوث مشكلة الطفل أو الأهل أو المجتمـع فـإذا كـان عـدم الارتيـاح النـاتج عـن السـلوك بالنسبة للطفل أو الآخرين يتكـرر باسـتمرار أو كـان شـديدا بطبيعتـه أصبـح مـن الضروري الحصول على إرشاد نفسي متخصص أو علاج نفسي للطفل وللأسـرة . وكلما زاد ما يظهره الطفل من سلوك غير سوي وكان سلوكه لا يتناسب مع عمـره ، وكلما مر عليه فترة زمنية أطول ، وزادت مقاومته للتغير كلما دل ذلك علـى الحاجـة إلى مساعدة متخصصة لحل المشكلة .

بالإضافة إلى هذه المشكلة واستمراريتها ومقاومتها للتغير فإن هناك ثمة دلائل محددة يجب الانتباه إليها تشير إلى إن الطفل يعاني من مشكلات نفسية جدية ، وهذه الدلائل هي :

1- قلق مزمن ومستمر ، أو خوف مسيطر على الطفل لا يتناسب مع الواقع.

2- أعراض اكتئاب مثل فقدان الاهتمام المتزايد والانسحاب وتجنب الناس .

3- تغير مفاجىء في مزاج الطفل أو سلوكه بحيث يبدو مختلفا تماما عما كان عليه .

4- اضطراب في النوم ، كأن ينام الطفل أكثر من المعتاد ، أو يفقد القدرة على النوم، أو يصبح نومه قلقا ، أو يعاني من الكوابيس ، او من الصحو المبكر وعدم القدرة على النوم .

5- اضطرابات الشهية ، كفقد الشهية أو زيادة الوزن العائد إلى الإكثار من تناول الطعام أو أكل القاذورات أو التراب .

6- اضطرابات في الوظائف الجنسية كالاتصالات غير المشروعة أو التعري أو الافراط في ممارسة العادة السرية .

مشكلات الأطفال السلوكية :

إن المشكلات السلوكية لدى الأطفال متعددة ومتنوعة وسوف نتناول هنا بعض المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الطفل بشيء من التفصيل والتحليل موضحين أسبابها وبعض الإرشادات لمعالجتها .

أولا : السلوك المرتبط بعدم الشعور بالأمن

1- القلق :

هو حالة من عدم الارتياح والتوتر الشديد الناتج عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد دون أن يعرف السبب الواضح لها . فالقلق يمثل حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحوادث المستقبل وتتضمن حالة القلق شعورا بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم

الارتياح حيال مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع وتتضمن أعـراض القلـق: التـهيج والبكاء والصراخ وسرعة الحركـة والتفكـير الوسواسـي والأرق والأحـلام المرعبـة وفقدان الشهية والتعرق ، والغثيان ، أو صعوبات التنفس والتقلصات اللاإرادية .

يستثار الشعور بالخوف لدى الأطفال القلقين بسهولة ، وهم يبـدون وكأنـهم يبحثون عن أشياء تثير اضطرابهم ، كمـا أنـهم فريسـة سـهلة للمـرض والتكـدر ، والذين يعانون من قلق مرتفع هم عادة أقل شعبية بين أقرانهم وأقل إبداعا ومرونة من غيرهم وأكثر قابلية للإيحاء وأكثر ترددا وحذرا وجمودا، ومفـهوم الـذات لديـهم متدني نسبيا ويعتمدون على الراشدين اعتمادا زائدا ولا يعبرون عن مشاعرهم تجاه الآخرين بحريـة ، والأكـثر قلقـا يحصلـون علـى درجـات أقـل في اختبـارات الذكـاء والتحصيل .

الأسباب :

1- فقدان الشعور بالأمن .

يمثل عدم الشعور الداخلي بالأمن سـببا رئيسـيا للقلـق فـالقلق المزمـن هـو نتيجة انعدام الشعور بالأمن والشكوك حـول الـذات ، وفقـدان الشـعور الداخلـي بالأمن هو نتاج مجموعة من العوامل هي :(inconsistency)

أ- عدم الثبات-: إذ أن تقلب الآباء والمدرسين في التعامل مع الطفل يؤدي إلى حالة من التشويش والقلق لدى الطفل فتصبح الحياة بالنسبة له سلسلة من الحوادث المخيفة التي لا يمكن التنبؤ بها .

ب- الكمال الزائد (perfectionism) إن توقع الراشدين للكمال يؤدي إلى ظـهور استجابات القلق لدى الكثـير مـن الأطفـال ومـع أن بعـض الأطفـال المرفعـي التحصيل أو اللامبالين يمكن أن يتجنبوا حالة القلق الناتجة عن عـدم الوصـول إلى مستوى توقعات الكبار ، نجد أن بعضهم الآخر يطور حالة مـن الاضطـراب والتوتر نتيجة عدم الوصـول إلى مسـتوى التوقعـات ومشـكلة القلـق في هـذه الحالات تنتج عن أن المعايير مرتفعة جدا والكبار لا يبدون راضين عن أي شيء .

جـ- الاهمال (neglect) يؤدي غياب الحـدود الواضحـة إلى شـعور الأطفـال بعـدم الأمن ، فيشـعرون وكأنهـم مـهجورون ضـائعون ويظـهر مثـل هـؤلاء الأطفـال وكأنهن يبحثون لدى الراشدين عـن حـدود لسـلوكاتهم - ويتصـرف بعضـهم وكأنه يرغب في أن يعاقب حيث يجد في العقاب طريقة للتعرف على استجابات الراشدين بشكل واضح .

د- النقد (criticism) إن النقد الزائد يؤدي إلى حالة من الاضطراب والتوتر لـدى الطفل إذ يشعر بالشك في ذاته ويتوقع أن يكون موضع نقد وفي هذه الحالة فـإن أي مواجهة أو كشف للذات يمكن أن يؤدي إلى شـعور شـديد بـالقلق وخاصـة عندما يعرف الأطفال بأنهم سوف يكونون موضع تقييم أو حكـم بطريقـة مـا . وهكذا يصبح التحدث أمام الآخريـن أو تقديـم الامتحانـات أو اللعـب مثـيرا للشعور بالقلق.

هـ- الثقة الزائدة من قبـل الراشـدين إن قيـام الراشـدين بائتمـان الأطفـال علـى أسرارهم مفترضين أنهم يمتلكون نضج الكبار ، وتحميـل الأطفـال أعبـاء كـهذه قبل الأوان يولد لديهم القلق فالطفل ليس لديه النضج الذي يمكنه مـن توقـع ما قد يسفر عن كشف الأسرار من مشكلات في المستقبل . وعندما يخبر الأطفال بالمشكلات المالية أو الاجتماعية التي يواجهها الآباء فإن هـذا يجعلـهم يشـعرون بالقلق حول المستقبل فهم يشعرون بأنهم مثقلون بالأعباء على نحو غير مناسب، كما لو كان من المفترض فيهم أن يفعلوا شيئا للمساعدة .

2- الشعور بالذنب (guilr)

قد يتطور الشعور بالقلق لدى الأطفال نتيجة اعتقـادهم بأنـهم قـد تصرفـوا على نحو سيئ وتتعقد المشـكلة عندمـا يتبلـور لـدى الطفـل إحسـاس عـام بأنـه لا يتصرف بالطريقة الصحيحـة وقـد يمـر الأطفـال في حلقـة مفرغـة عندمـا يشـعرون بالقلق. وبالتالي يصبحون أقل فاعلية ثم يشعرون بالذنب بسبب انخفاض فاعليتـهم وهذا النمط من السلوك يميز الطفل الذي يميل للتـأجيل فـهو يكتفـي بـالقلق دون العمل مثل هذا الطفل لا ينجز شيئا ويستنفذ طاقته بمشاعر القلق .

3- تقليد الوالدين : (parents modeling) غالبا ما يكـون للآبـاء القلقـون أبنـاء قلقون حيث يتعلم الأطفال القلق ويرون الخطر في كل ما يحيط بهم.

4- الاحباط المستمر : (excessive frusrration)

يؤدي الاحباط الزائد إلى مشاعر القلق والغضب وعندمـا يعجـز الأطفـال في التعبير عن غضبهم فإنهم يشعرون بالقلق .

العلاج :-

1- تقبل الطفل وامنحه شعورا بالطمأنينة .

إن الطفل القلق يحتاج إلى تطمين من الكبار الذين يتصفون بالهدوء والثبات، فيجب على المربي أن يبقى هادئاً عندما يصرخ الأطفال أو ينفعلون وعليـه أن يُبـدي تقبلاً لمشاعر القلق لديهم بعدم توجيه النقد أو اللوم وبدلا من ذلك عليه أن يخلـق جوا يسوده الأمن والتفاؤل بحيث يشـعر الطفـل أن مـا يعـاني منـه هـو أمـر يمكـن مواجهته وسوف يمر بسلام .

2- درب الطفل على الاسترخاء (relaxation)

إن القلق والاسترخاء لا يمكـن أن يوجـدا معـا . فالانسـان لا يمكـن أن يقـوم بعملين متناقضين في آن واحد فيمكن تدريب الطفـل علـى التنفـس بعمـق وعلـى إرخاء عضلاته والشعور بالاسترخاء التام .

3- الحديث الإيجابي مع الذات (positive sell - talk)

كلما تعددت الأساليب المتبعة لمواجهة القلق كلما كان ذلك أكثر فاعلية وهذا الأسلوب يتضمن إيقاف التعليقات السلبية أو التي تثير القلـق ، ومـن ثـم تعليـم الطفل تعبيرات إيجابية في الحديث مع الذات . ويمكن تدريب الأطفـال علـى ذلـك بصوت مرتفع ثم ينتقلوا إلى الحديث الضمني، ومن الأمثلة على ذلك "إنني منزعج لكن الأمور سوف تصبح أفضل فيما بعد. لا يوجد إنسان كامل ومـع ذلـك سـوف أبذل جهدي" .

4- شجع التعبير عن الانفعالات :

إن التعبير عن الانفعالات يعمل كمضاد لحالات القلق فإتاحة الفرصة للأطفال للتعبير عن غضبهم وإحباطهم غالبا ما يقلل من حدة الشعور بالقلق .

5- الطرق المتخصصة وذلك عندما يكون القلق شديدا ومستمرا لفترة طويلة فيصبح من الضروري البحث عن مساعدة متخصصة ويكون هذا بشكل خاص عندما لا تنجح طرق الأبوين في خفض قلق الأطفال ومن أشهر هذه الطرق المتخصصة هو طريق تقليل الحساسية التدريجي (systematic desensitization) .

2- الخوف:

يكثر تعرض الأطفال لانفعال الخوف المترتبط في الغالب بانفعالات أخرى ، لذا فالخوف إنفعال شائع بين الأطفال ويأخذ أشكالا متعددة تؤثر في بناء شخصية الطفل ونموه .

وفي الواقع إن الخوف يدخل في أغلب أنواع الاضطرابات الانفعالية والعصبية والانحرافات السلوكية والاجتماعية كما يوجد في حالات اضطراب الشخصية ويؤيد هذا الرأي كثير من علماء النفس فمثلا العالم (allers) يرى أنه لا توجد حالة اضطراب نفسي لدى الصغار أو الكبار بدون خوف كما أن العالم (فرويد freud) يرى أن الخوف أو القلق أساس جميع الحالات العصبية .

.الخوف هو انفعال قوي غير سار ينتج عن الاحساس بوجود خطر أو توقع حدوثه. والمخاوف متعلمة، إلا أن هناك مخاوف غريزية مثل الخوف من الصوت المرتفع أو من فقدان التوازن والحركة المفاجئة ويشعر الأطفال بالرعب أو الخوف من عدد كبير من الأشياء أو المواقف. والخوف قد يكون خوفا عاديا أو مبررا عندما يكون المصدر المسبب للخوف مخيفا بطبيعته ويكون الخوف غير عادي وغير مبرر عندما يكون المصدر المسبب للخوف غير مخيف بطبيعته ، مثل الخوف من القطط أو الأماكن المرتفعة أو الضيقة أو الفسيحة أو الخوف من الغرباء أو من المواقف غير المألوفة وما إلى ذلك وفي هذه الحالة يسمى الخوف خوفا مرضيا أو الفوبيا phopias .

عندما يكون الخوف مسيطرا شديدا يؤدي إلى حالة من الهلع (panic state) بينما تسمى حالة الكراهية أو الامتناع عن مواجهة الموقف بالرهبة (dread).

يبدو بعض لأطفال خوافون بشكل عام وبعضهم الآخر يخاف خوفا محدداً من شيء أو شيئين، ولا تظهر معظم الدراسات وجود فروق في الخوف بين الأولاد والبنات ، والمخاوف أكثر شيوعا في الأعمار بين سنتين أو ست سنوات حيث تغلب المخاوف في العمر ما بين سنتين وأربع سنوات من الحيوانات والعواصف والظلام والغرباء وتقل هذه المخاوف في عمر خمس سنوات وتختفي في عمر تسع سنوات وفي عمر أربع إلى ست سنوات تسيطر المخاوف المتخيلة مثل الأشباح والوحوش أما الخوف من الأخطار الجسمية فيميز به الأطفال من عمر عشر سنوات فما فوق . وهناك 20٪ من الأطفال يخافون من الامتحانات بحيث ينخفض أداؤهم بسبب هذه المخاوف .

وكما ان للخوف سلبيات فله إيجابيات أيضا فالخوف المنطقي يساعد في الحفاظ على البقاء بتنبيههما إلى مصدر الخطر وإعدادنا لحماية أنفسنا، هذا ويعمل هرمون (الادرينالين) عل إعداد الجسم للقيام بالعمل المناسب من حيث المهاجمة أو الهرب وهذه التعبئة الجسمية والنفسية تساعد في مواجهة الخطر وتفاديه فنحن مثلا نريد من الأطفال أن يخافوا من السيارات بحيث يصبحوا حذرين ولكن لا نريدهم أن يصابوا برعب قاتل لمجرد رؤية السيارات .

عادة ما تكون الأحلام تعبيرا عن المخاوف فيمكن للآباء أن يفهموا ماذا يخيف أطفالهم من خلال إتاحة الفرصة لهم للتحدث عن أحلامهم، وأن معظم الأطفال يتجاوزون مخاوفهم إذا كانوا في محيط آمن خاصة إذا لم تشجع وتعزز المخاوف غير المنطقية لديهم. أما المخاوف الشديدة فهي لا تذهب بشكل طبيعي ولا يفيد فيها الاهمال أو العقاب فلا بد من مساعدة متخصصة لمعالجتها .

الأسباب :

1- تعرض الطفل لصدمات تتضمن مثيرات ومنبهات غريبة ومنفرة تحدث أثرا نفسيا سيئا ومؤلما فيخاف منها، مثل تعرض الطفل للعض أو التهديد من قبل

حيوان ما حيث يمكن أن يسبب خوفا محددا من ذاك الحيوان، أو خوفا من جميع الحيوانات، أو توجها عاما للخوف من أي موقف، ويسمى إتساع مدى الخوف بالنسبة لموضوع الخوف الأصلي بالتعميم **generalization**.

2- استثارة الطفل للقيام بعمل ما أو الكف عن عمل آخر وذلك بتخويفه بأشياء أو أشخاص معينين فيرتبط ذكر هذه الأشياء أو التعرض لها دائما بالخوف. وبذا ينبعث الخوف في نفس الطفل من أشياء كانت تبدو طبيعية له من قبل.

3- التأثير على الآخرين: يمكن أن يستخدم الطفل المخاوف كوسيلة للتأثير على الآخرين واستغلالهم فقد يكون إظهار الخوف بالنسبة لطفل ما هو الوسيلة الوحيدة أو إحدى الطرق القوية التي تمكنه من الحصول على الانتباه من قبل الأشخاص المهمين في حياته.

4- الحساسية في الاستجابة ذات المنشأ الولادي: وهنا نشير إلى حساسية أكثر في الأجهزة العصبية المركزية لهؤلاء الأطفال فهي منذ الولادة أكثر حساسية من غيرها. لذلك فهم يستجيبون لمثيرات أضعف ويحتاجون لوقت أطول ليستعيدوا توازنهم، وينتج ذلك عن مزيج من العوامل الوراثية وظروف الحمل والولادة، فهؤلاء الأطفال يستجيبون بهذه الطريقة بحكم تكوينهم وغالبا ما يوصف هؤلاء الأطفال بأنهم حساسون للغاية مشدودين جبناء خوافين.

5- الضعف النفسي أو الجسمي:

عندما يكون الأطفال متعبين أو مرضى يكونون في الغالب أكثر استعداد لتطوير المخاوف، فحالات سوء التغذية أو نقص السكر في الدم تؤدي إلى حالة الضعف وإلى الشعور بالعجز بحيث تصبح الاندفاعات السيكولوجية للطفل أقل فاعلية فيشعر الطفل بالحزن والعزلة والعجز وضعف القدرة عن التعامل مع المشاعر والأفكار المثيرة للخوف فالأطفال ذوي اعتبار الذات المنخفض أو الضعيفين جسميا يشعرون بعدم القدرة على التعامل مع الأخطار الواقعية والمتخيلة.

6- تقليد الأطفال للكبار الذين يظهرون سلوك الخوف في المواقف المختلفة.

7- القصص المخيفة التي يسردها بعض الآباء والمربين على الطفل كالغول وجهنم والموت وما إلى ذلك مما يؤدي إلى خوف الطفل من مسائل مجهولة غير حقيقية، أو غير ملموسة في الواقع الحسي (الغيبيات).

8- التربية الخاطئة القائمة على النقد والتوبيخ والضغط والمتطلبات الزائدة. لأن مثل هذه الأساليب تنتج أطفالاً خوافين بشكل عام أو أطفالاً يخافون من السلطة بشكل خاص فمثل هؤلاء الأطفال قد يصابون بالرعب تجاه المعلم أو رجال الشرطة أو من يمثل السلطة .

9- الصراعات الأسرية: تؤدي الصراعات بين الأبوين أو بين الأخوة أو بين الآباء والأبناء إلى جو متوتر في البيت ، وشعور بعدم الأمن. والأطفال الذين لا يشعرون بالأمن يحسون بأنهم أقل قدرة من غيرهم على التعامل مع مخاوفهم العادية.

العلاج :

الواقع أن جميع مخاوف الطفل المرضية تستحق التدخل من الآباء والمتخصصين طالما أنها تدل على أن الطفل يعاني من صعوبة في التوافق الشخصي والاجتماعي ويمكن مساعدة الطفل بالطرق التالية :

أ- تجنيب الطفل المواقف التي تبعث على الخوف وإذا لم يمكن ذلك فيجب تعويد الطفل على تلك المواقف المثيرة للخوف من خلال تعريضه لها بشكل تدريجي لتقل قدرتها على إثارة الخوف لديه وليعلم بأنها غير مؤذية وغير مخيفة أصلا .

ب- عدم النقد والاستهزاء والسخرية من مخاوف الطفل أو أخذها مثارا للتسلية والضحك .

جـ- عدم إجبار الطفل على مواجهة المواقف التي تثير انفعال الخوف لديه بالقوة أو بطريقة تنفره منها أكثر وأكثر وتزيد مخاوفه .

د- تقليل الحساسية والاشراط المضاد: إن القاعدة العامة التي يشير إليها تقليل الحساسية والاشراط المضاد هي أن الأطفال تقل حساسيتهم من الخوف عندما

يتم إقران موضوع الخوف أو الفكرة المثيرى له بأي شئ سار (اشـراط مضـاد) فمن المفيد جدا جعل الأطفال يلعبون إحـدى ألعابـهم المفضلـة أو ينـهمكون بأي نشاط ممتع أثناء الخوف .

هـ- ملاحظة النماذج : تعتبر هذه الطريقة طريق طبيعية لتقليل الحساسية فـالطفل يتعلم من خلال الملاحظة كيف يتعامل الأفراد غير الخائفين مع المواقف ويمكن استخدام نماذج متلفزة أو حيه لهذا الغرض .

و- التمرين :- يمكن تدريب الأطفال على الشعور بالارتيـاح أثنـاء إعـادة بعـض الحوادث التي تثير الخوف بشكل بسيط، فألعاب الدمى والتمثيل تمكنـهم مـن التعبير عن أشكال متعددة من المشاعر والمخاوف، وامتداح الكبار يعزز تدريب الأطفال على التعامل مع موضوعات مخيفة بالنسبة لهم .

ز- مكافأة الشجاعة: من المفيد جدا امتداح الطفل لكـل خطوةشـجاعة أو تقديـم المكافآت المادية له ، ويمكن تحديد سبب المخاوف وزمنها ومكانها تحديـدا دقيقـا ومكافأة الطفل إذا استطاع أن يتحمل مقدارا من تلك المواقف.

ح- التخيل الإيجابي : فمثلا مساعدة الطفل على تخيل الأبطال الذين يحبـهم وهـم يساعدونه في التعامل مع موقف مخيفه. ويمكنك أن تطلع الطفـل علـى كيفيـة القيام بهذا التخيل ثم تطلب منه أن يقوم باختراع قصة مشابهة .

التحدث الإيجابي مع الذات:

يشكل تعلم التحدث مع الذات بطريقة مختلفة مضادا قويـا للخـوف يـؤدي إلى إخلال الشعور المستقل بالكفاءة محل الشعور بالخوف والعجز. فتعليـم الأطفـال كيف يتحدثون مع أنفسهم حديثا صامتا على نحـو يحسـن مـن مشـاعرهم ويسـاهم بشكل كبير في تقليل مشاعر الخوف لديهم، فالتفكير بأفكار إيجابية يؤدي إل مشـاعر أهدأ وسلوك أكثر جرأة .

ومن الأمثلة علىالتحدث مع الذات " استطيع مواجهة ذلـك " " أنـا بخير إنها مجرد تخيلتي " " الوحوش لا توجد إلا في القصص فقط " " الرعد لا يمكن أن يؤذيني " وهكذا ....الخ .

ط- الاسترخاء: يعد الاسترخاء العضلي مفيدا جدا للأطفال المتوترين جسميا فإرخاء العضلات يعارض ظهور الشعور بالخوف.

ي- التأمل: يمكن استخدام طرق متعددة من التأمل من أجل الوصول إلى مشاعر أهدأ ومخاوف أقل، والطريقة الأبسط والأكثر استخداما مع الأطفال هي (التنفس بتناغم والعد ببطء) فقد استعمل التنفس بتناغم والعد ببطء للتقليل من خوف الأطفال من الامتحانات المدرسية، وهنا نقوم بتدريب الطفل على عملية التنفس ببطء وبانتظام والمهم أنه يتم التنفس ببطء وبشكل طبيعي منتظم دون توقف وينبغي أن نلاحظ أثناء ذلك حركات البطن المستمرة والمنتظمة إلى أعلى وإلى أسفل هذا ومن المفيد أن يتم تعليم الطفل التأمل بعد أن يتمكن من الاسترخاء العضلي الموصوف سابقا.

3- تدني اعتبار الذات:

إن شعور الطفل بأنه شخص بلا قيمة يفتقر إلى احترام الذات يؤثر عل دوافعه وعلى سلوكه فهو ينظر إلى كل شيء بمنظار تشاؤمي فالكثير من مشكلات الطفولة الباكرة ينجم عن الشعور بانخفاض اعتبار الذات فالشعور الذي يحمله الأطفال نحو أنفسهم هو أحد محددات السلوك البالغة الأهمية.

فالأطفال يجب أن يحملوا شعورا جيدا نحو أنفسهم أي أن يكون لديهم مفهوم إيجابي عن الذات.

إن الأطفال الذي يفتقرون إلى الثقة بالذات لا يكونون متفائلين حول نواتيج حدودهم، فهم يشعرون بالعجز والنقص والتشاؤم ويفقدون الحماس بسرعة وتبدو الأشياء بالنسبة لهم وكأنها تسير بشكل خاطئ، وهم يستسلمون بسهولة وغالبا ما يشعرون بالخوف ويتعاملون مع الاحباط والغضب بطريقة غير فاعلة، ولسوء الحظ فإن سلوكهم يؤدي غالبا إلى أن يحمل عنهم الآخرون صورة سلبية كالتي يحملونها عن أنفسهم.

إن الأطفال الذين يحملون صورة سلبية عن ذواتهم يدركون المكافآت المقدمة لهم على أنها ناتجة عن المصادفة أو الحظ وليست نتاجا لعملهم وجهدهم.

والمكافآت لا تكون مجدية إلا إذا شعر الطفل بأنها تُعطى له نتيجة عمله الجيد ونتيجة وجود خصائص معينة موجودة لديه بحيث يدرك الأطفال وجود علاقة سببية بين سلوكهم والمكافآت، وبذلك يطور الطفل تدريجيا مزيدا من الثقة بالذات ويشعر بأنه أكثر استقلال وحرية .

الأسباب

1- أساليب التنشئة الخاطئة فالحماية الزائدة تحرم الأطفال من أن يتعلموا التعامل مع المشكلات بأنفسهم وبالتالي لا يشعرون بالاستقلال ولا يحترمون قراراتهم الخاصة وغالبا ما يصبحون جبناء خائفين من الوقوع بالأخطار .

وكذلك الإهمال، فعندما يهمل الأهل أطفالهم فيتركونهم ليعتنوا بأنفسهم لوحدهم، ومع أن بعض الأطفال يمكن أن يصبح مستقلاً ويكتسب احترام الذات من خلال انسحاب الآخرين، إلا أن معظم الأطفال الذين يتعرضون للإهمال يكونون انطباعاً بأنهم غير جديرين بأن يعنى بهم، والنتيجة المباشرة لذلك هي الشعور بعدم الجدارة، عدا أن الكمال الزائد يُعد واحداً من أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة التي قد تؤدي إلى وقوع الطفل في مشكلة تدني اعتبار الذات، فالآباء الذين يحملون توقعات عالية جداً أو تتجه نحو الكمال من أطفالهم، فالنتيجة المتوقعة لذلك هي أن يشعر الطفل بأنه غير مناسب وغير قادر على تلبية التوقعات.

كذلك الأطفال الذين يتعرضون للتسلط والعقاب والنقد الدائم وعدم الاستحسان فإنهم غالباً ما يطورون اعتباراً متدن للذات.

2- التقليد: إن الآباء الذين يشعرون بتدني في اعتبارهم لذواتهم يقدمون نماذج غالباً ما يقلدها الأطفال فهم يعلمون أطفالهم عدم احترام أنفسهم فيشعر الطفل أن عدم اعتبار الذات أمر طبيعي.

3- الاختلاف والإعاقة: إن الأطفال الذين يبدون مختلفين اختلافاً كبيراً عن الآخرين يشعرون عادة بانخفاض في اعتبار الذات.

المعتقدات غير العقلانية المتعلمة:

إن الأفكار غير العقلانية التي يتعلمها الفرد من خلال البيت والمدرسة والمجتمع، والتي عادة يعبر عنها بجمل مثل: (الأمور تعاكسني باستمرار، أنا ما إلي حظ، إنني علجز عن القيام بأي عمل، وهكذا)، إن مثل هذه المعتقدات تمهد الطريق لانخفاض اعتبار الذات والشعور بالنقص.

العلاج:

أ- التركيز المكثف على الخصائص الايجابية للطفل وعلى جوانب القوة لديه.

ب- تزويد الطفل بخبرات بناءة لإعادة ثقته بنفسه.

جـ- مكافأة السلوكات الايجابية لدى الطفل، وتوضيح ذلك للطفل لإدراك العلاقة السببية بين المكافأة وسلوكه الايجابي.

4- الاكتئاب وإيذاء الذات:

الاكتئاب (Depression) هو شعوز بالحزن والغم مصحوب عادة بانخفاض في المزاج والفاعلية.

إيذاء الذات (Self- Inurious): هو إلحاق الضرر بالنفس، والانتحار هو شكل متطرف في سلوك ايذاء الذات يحدث عادة لدى الأشخاص المكتئبين، وتشير التقديرات الحالية إلى أن طفلاً من كل خمسة أطفال يعاني شكلاً من أشكال الاكتئاب.

إن الأطفال المكتئبين نادراً ما يظهرون الفرح أو السرور وغالباً ما يتحدثون بصوت خافت ونادراً ما يضحكون وقد تظهر لديهم أنماط من اضطرابات النوم، وهم سريعي البكاء متجهمين بائسين متشبثين بالدعم الخارجي وتبدو عليهم علامات الانعزال واللامبالاة والقلق الزائد، وقد يظهر بعضهم شكاوي جسمية مثل الصداع والألم ومن الصعب إثارة إهتماماتهم بأي شيء وقد يشعرون بالنبذ وغالباً ما يفضلون النشاطات الذاتية القائمة على العزلة وهم يبدون للآخرين وكأنهم جديون جداً ووقورون أكبر من عمرهم، وهم يقللون من قيمة أنفسهم وينظرون لأنفسهم وللعالم بمنظار أسود.

أما سلوك ايذاء الذات فيتضمن الخدش أو الجرح أو الصفع أو اللكم للذات الخ.

الأسباب:

أ- الشعور بالذنب: إن الأطفال الذين يشعرون بأنهم فاسدون أو سيئون يرغبون في أن يعاقبوا فهم يعتقدون أنهم يستحقون العقاب بسبب أفكارهم وتصرفاتهم السيئة، وعندما يشعر الطفل بالذنب قد يصبح غاضباً على نفسه ومكتئباً وقد يؤذي نفسه على نحو ما، أيضاً عندما يمر الأطفال بإحباطات مختلفة وظلم وقسوة من قبل آبائهم ومعلميهم وزملائهم وإخوانهم، يظهر لديهم شعور بالغضب، فيوجهه بعض الأطفال غضبهم الذي كان في الأصل متجهاً نحو الآخرين يوجهونه نحو ذواتهم، وبالتالي تظهر عليهم علامات الاكتئاب وقد يقودهم ذلك إلى إيذاء الذات.

الاكتئاب يأتي غالباً بعد أن تتكون قناعة لدى الفرد بأنه لا يستطيع التكيف مع مشكلات الحياة اليومية، كذلك الشعور بالعجز واليأس قد يؤدي إلى أفكار انتحارية كطريقة للهرب من موقف لا أمل فيه.

الحصول على الانتباه والحب والتعاطف أو قد يظهر بعض الأطفال مشاعر الحزن والاكتئاب أو إيذاء الذات من أجل الحصول على انتباه وتعاطف الأشخاص المهمين في حياتهم وخاصة عندما تكون هذه الوسيلة هي الوسيلة الوحيدة أو الأقوى للحصول على ذلك. كذلك قد يقوم بعض الأطفال بتلك السلوكات اعتقاداً منهم بأنهم بذلك يؤذون آبائهم، وينتقمون منهم بهذه الطريقة وخاصة عندما يظهر الآباء استجابات تؤكد ذلك.

ب- الصراعات الأسرية المتكررة والشديدة قد تؤدي إلى مشاعر اكتئاب لدى الأطفال وخاصة الحساسين منهم كذلك الآباء المكتئبين عادة ما يظهر لدى أطفالهم مشاعر اكتئاب.

جـ- العوامل الفيزيولوجية، قد يحدث الاكتئاب نتيجة وجود خلل في التوازن الهرموني، وخاصة لدى الفتيان أثناء البلوغ، أو نتيجة فقر دم ناتج عن نقص الحديد أو اضطرابات في الغدة الدرقية أو فيروسات وخاصة في المراهقين أو حساسية للطعام أو اضطرابات في سكر الدم.

العلاج:

1- إعمل على مناقشة مشاعر الحزن بتعاطف وبانفتاح وافسح المجال للطفل ليعبر عن جميع مشاعره بما في ذلك مشاعر الذنب.

2- خطط لنشاطات ممتعة بالنسبة للطفل لإخراج الطفل من حالة الحزن.

3- ساعد الطفل على تحقيق أهدافه وخطوطه.

4- علم الطفل الحديث الايجابي مع الذات.

5- اعمل على وقف سلوك ايذاء الذات باستخدام أساليب مختلفة مثل التصحيح الزائد، والأساليب السلوكية الأخرى والأدوية إن استدعى الأمر ذلك.

5- الحساسية الزائدة للنقد:

الحساسية الزائدة هي أن يستجيب الشخص بشكل مبالغ به، وأن يشعر بأنه ذي إنفعالياً بسهولة، فالطفل ذو الحساسية الزائدة لا يقبل النقد أو التقييم دون الشعور بالأذى، ويمكن أن يستجيب للشعور بالأذى بطرق مختلفة مثل الانسحاب أو الخجل أو الغضب أو الحزن الخ.

الأسباب:

1- مشاعر عدم الكفاءة، فالطفل الذي يشعر بأنه غير كفوء وغير جدير تظهر لديه حساسية مالية لأي شكل من أشكال النقد أو التقييم.

2- توقعات الطفل غير الواقعية من الآخرين، فالطفل الذي يتوقع الشيء الكثير من الآخرين يصاب بخيبة أمل على نحو مستمر، ويؤدي ذلك إلى تطوير حساسية زائدة عند ذلك الطفل.

3- قد يطور بعض الأطفال حساسية زائدة كطريقة فعالة لضبط الآخرين والحصول على ما يريدون.

4- قد يكون سبب الحساسية الزائدة عند بعض الأطفال تكويني فبعض الأطفال أجهزتهم العصبية تستجيب بشدة أكثر مما هو الحال لدى الأطفال العاديين.

6- الأفعال القهرية:

القهرية هي نزعة لا تقاوم للتصـرف بطريقـة غالبـاً مـا تكـون غـير منطقيـة فالقهر Compulsion هو سلوك جبري يظهر بتكرار، وقـوة لـدى المريـض ويلازمـه ويستحوذ عليه ولا يستطيع مقاومته، رغـم معرفتـه بغرابتـه، وعـدم فائدتـه، ويشـعر بالتوتر اذ قاومه وسخطه ويشعر بالحاح داخلي للقيام به.

فبعض الأطفال يشعرون بأنهم مجبرون للتصرف بطريقة آلية، والافراد الذيـن يكونون قد طوروا شخصية قهرية يوصفون عادة بأنهم نظاميون يصعـب إرضـاؤهم ودقيقون، وشديدو الاهتمام بالتفـاصيل، كذلـك فـهم مـتزمتون عنيـدون متسـلطون مترددون بخلاء، ومن الأمثلة على الأفعال القهرية الحرافات الشخصية مثـل لمـس يـد الباب عدة مرات أو المشي في ممر معين أو لمس أعمدة الكهرباء الخ.

الأسباب:

1- السعي وراء الشعور بالارتياح والأمن:

إن بعض الأطفـال يقومـون بـالطقوس القهريـة سـعياً وراء الشـعور الآمـن، فالطقوس القهرية تعطـي الطفـل إحساسـاً بـالأمن، وبـهذا تعـزز تلـك الطقـوس القهرية.

2- التخلص من التوتر وخفض الخوف.

3- التخلص من الشعور بالذنب والإثم وتأنيب الضمير عن طريـق الانـهماك في سلوك طقوسي، فالاطفال المتلؤون بمشاعر الذنـب يحسـون بـأن عليـهم القيـام بجهد كبير لكي يبرروا وجودهم، فهم يشعرون بالذنب بسـبب أخطـاء بسـيطة، فيبحثون عن أعمال هادفة وبناءة ليتخلصوا من مشاعر الذنب.

4- الإحباط المستمر.

5- الخوف وعدم الثقة بالنفس والكبت.

6- التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية المتزمتة المتسلطة .

7- التدريب الخاطئ المتشدد والمتسلط عن النظافة والإخراج في الطفولة.

8- تقليد سلوك الوالدين أو الكبار المرضى بالوساوس والأفعال القهرية.

العلاج:

إن السلوك القهري يجنب الفرد الشعور بالتوتر وهو في نفس الوقت سلوك غير بناء وغير هادف لذلك يجب إعادة الإشراط بحيث يصبح الطفل قادر على التخلص من التوتر باستخدام سلوكات أخرى مثمرة بناءة، ودون اللجوء إلى تلك الطقوس القهرية فتدريب الطفل الاسترخاء يعتبر فعال جداً لتخليصه من التوتر دون القيام بالسلوك القهري.

أيضاً يمكن استخدام إسلوب الممارسة السلبية بحيث يطلب من الطفل أن يقوم بالسلوك القهري طوعاً بتكرار ولفترة طويلة إلى أن يصبح هذا السلوك مزعجاً ويجلب التوتر بدلاً من أن يخلصه من التوتر نتيجة التعب والإجهاد الذي يحصل لديه نتيجة تكرار ذلك السلوك بشكل كبير.

أيضاً يجب أن نعمل باستمرار على تعزيز السلوك غير القهري، فالاطفال عندما يتصرفون بطريقة غير قهرية يجب أن يمتدحوا وأن يكافأوا، ويجب تجاهلهم عندما يقومون بالسلوك القهري.

7- الخجل:

الشخص الخجول هو شخص يتجنب المشاركة في المحيط الاجتماعي الموجود فيه، وقد يكون ذلك نتيجة خوفه من الرفض أو من الفشل أو من الانتقاد أو من الارتباك أو الخزي، أو قد يكون نتيجة لصعوبات جسدية، تولد لدى الشخص مشاعر النقص، والخجول هو شخص تولدت لديه مشاعر النقص، والخجول هو شخص تقديره لذاته منخفض ويفتقد الثقة بالذات، والشيء الذي يؤسف له هو أن الأطفال الخجولين عادة ما يتم تجاهلهم ذلك لأنهم لا يسببون إلا قدراً قليلاً من الازعاج مقارنة مع الأطفال الآخرين الذين يقومون بالازعاج طلباً للانتباه.

وعندما يكون الفرد خجولاً فإنه نتيجة لذلك يفقد عدداً كبيراً من العلاقات الاجتماعية فالخجلون لديهم حساسية مفرطة للرفض، ويرفضون الدخول في علاقات شخصية متبادلة إذا لم تتوفر له الضمانات الكافية للقبول وعدم النقد أو الرفض، فهو شخص يتصف بالانسحاب الاجتماعي ويبالغ في طلب العطف والحنان والتقبل، وتقديره لذاته منخفض، وغير قادر على الاستجابة للمواقف الاجتماعية

بطريقة جذابة، ويتحدث بتردد وتحفظ وابتسامته غير تلقائية ويعجز عن المحافظة على الاتصال البصري مع الآخرين أثناء تفاعله معهم.

إن الأطفال الخجولين غالباً ما يتجنبوا غيرهم، وهم جبناء يخافون بسهولة، غير واثقين وغير حيويين ومترددون، ويتجنبوا الألفة والاتصال بالآخرين ولا يقومون بالمبادرة، وعلى الأغلب يبقون صامتين وإن تحدثوا يتحدثون بصوت خافت، وينظر لهم الآخرون عن أنهم أغبياء ينبغي تجنبهم مما يزيد من مشاعر الخجل لديهم، وانتشار الخجل واسع جداً إذ أن حوالي 40٪ من المراهقين يصفون أنفسهم بأنهم خجولين.

إن الأطفال الخجولين حساسون لا يقدمون أنفسهم بشكل جيد، يشعرون بعدم الارتياح ويعانون غالباً من أعراض القلق وغير مستقرين، ويشعرون بالنقص ويعتقدون أن الآخرين يفكرون بهم على نحو سيء وأن الاتصال مع الآخرين بالضرورة سوف ينتهي بخبرة سلبية مريرة، وهذا الخوف غالباً ما يكون مصحوباً بسلوك اجتماعي غير مناسب يتضمن الارتباك وعدم البراعة ومحدودية اللغة.

أسباب الخجل:

"1- تسمية الذات كخجول **Self Label as Shy**:

يظهر نمط تسمية الذات عندما يتقبل الأطفال أنفسهم كخجولين، وذلك عندما يدركون المواقف من خلال شعورهم بالخوف ونقدهم للذات، فهم يتصرفون كما لو أن عليهم أن يثبتوا بأنهم فعلاً خجولين وغير مؤكد لذواتهم، ويهملون أية معلومات أو حوادث تتناقض مع هذا الإدراك فهم لا يعتقدون بأن أي مديح يوجه إليهم يمكن أن يكون صحيحاً، وتصبح قناعتهم" إنني شخص خجول، هذه هي شخصيتي"، وبما أنهم يحسون بالنقص فهم يتجنبون أي اتصال مع الآخرين كي لا يكتشف نقصهم، ومشاعر النقص الموجودة لديهم تمنعهم من القيام بأي سلوك يمكن أن يؤدي إلى حصولهم على ما يريدون، بحيث يقلل ذلك من شعورهم بالنقص، ومن المعتاد أن يكرر الشخص الخجول حديثاً سلبياً مع الذات كأن يقول أنني لا أستطيع التحدث مع أحد، إنني أعرف بأنهم سوف يسخروا مني من الأفضل أن لا أقول شيء لأنني سوف أبدو كأحمق.

2- نموذج الوالدين Parental Modeling:

الأبوين الخجولين غالباً ينتجان أطفالاً خجولين، إذ يؤدي ذلك إلى مزج القوى الوراثية التي تحمل استعداداً للخجل والعيش مع نماذج من الراشدين الخجولين، فالأب الخجول مثلاً يقدم نموذجاً لشخص خجول قد يقلده الابن، أيضاً الطفل عندما يعيش نمط حياة قائم على الخجل مقاد بوالديه، فالاتصالات الاجتماعية تكون في حدها الأدنى والتحدث مع الآخرين يتم باستخدام مصطلحات الخوف وعدم الثقة كل هذا يقود الطفل لأن يصبح خجولاً.

3- المزاج أو الإعاقة الجسمية:

يبدو بعض الأطفال خجولين منذ ولادتهم، فهناك أدلة تدعم فكرة وجود خجل تكويني أو وراثي، فبعض الأطفال أميل للضوضاء والانطلاق، وبعضهم الآخر أميل للهدوء والعزلة، وقد يستثمر هذا النمط مع الأطفال حياتهم فيما بعد، وإذا عومل الأطفال الخجولين تكوينياً بأية طريقة من الطرق الموضوعة تحت الشعور بعدم الأمن، فإنه من المحتمل جداً ظهور الخجل الشديد لديهم.

غالباً ما تؤدي الإعاقة الجسمية إلى الخجل، فالإعاقة الظاهرة التي تجعل بعض الأطفال مختلفين عن غيرهم قد يؤدي بهم لأن يصبحوا حساسيين جداً، فهم يتجنبون الآخرين حتى لا يحدقوا بهم أو يتحدثوا عنهم، أما الإعاقات الخفية كعدم القدرة على التعلم أو مشكلات التعبير اللغوي فقد تؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي.

4- مشاعر عدم الأمن:

إن الأطفال غير الآمنين لا يشعرون بالطمأنينة الكافية لكي يغامروا بتعريض أنفسهم للآخرين، إذ يفتقروا إلى الثقة بالذات، ويخيفهم في مغامرات اجتماعية، كما أنهم مشغولين بمحاولة الشعور بالأمن وتجنب الإحراج، ومن الأسباب التي تقود إلى شعور الطفل بعدم الأمن ما يلي:

أ- الحماية الزائدة Overprotection:

الاطفال الذين يحميهم الوالدين حماية زائدة غالباً ما يكونوا اعتماديين وغير فاعلين، وبسبب الفرص المحدودة لهم للمغامرة، فإنهم يصبحون هادئن وسلبيين

وخجولين، فهذا النمط من التنشئة يؤدي غالباً إلى الجنب وطفولية التصرف، إذ أن الأطفال لا يكونوا قد تعلموا أن يشقوا بأنفسهم في التعامل الفعل مع البيئة والآخرين، إن الأطفال الذين يتعرضون للحماية الزائدة من قبل الوالدين قد يبتعدون خجلاً عن الآخرين لأنهم لا يحبون التعامل مع الأشياء إلا إذا سارت على هواهم ولذا فهم لا يستطيعون التفاوض أو الأخذ والعطاء في علاقاتهم مع الآخرين.

ب- عدم الميل **Desinterest**:

يظهر بعض الآباء نقصاً في الاهتمام أو العناية بأطفالهم وقد يكون ذلك بسبب عدم وجود اهتمام بالاطفال بشكل عام أو بسبب القناعة بأن الاتجاه الأبوي القائم على عدم الاهتمام يساعد على تنمية استقلالية الطفل، وبدلاً من أن يؤدي عدم اهتمام الوالدين إلى الاستقلالية فهو يؤدي إلى شخصية خائفة خجولة، فهؤلاء الأطفال يشعرون بأنهم غير جديرين باهتمام الآخرين ولا يمتلكون الثقة الداخلية الضرورية للمغامرة الاجتماعية.

جـ- النقد **Criticism**:

الآباء الذين يكثرون من توجيه النقد لأطفالهم، سواء على نحو واضح أو خفي، غالباً ما يطورون لديهم حالة من الجبن وبما أن هؤلاء الأطفال غالباً ما يتلقون استجابات سلبية من الراشدين فإنهم يصبحون مترددين وغير متأكدين، وخجولين فالنقد الزائد يقود إلى شخصية خائفة خجولة.

د- الإغاظة **Teasing**:

الاطفال الذين يتعرضون للسخرية والإغاظة قد يصبحون خجولين، فقد يهزأ الآباء والإخوة على نحو متكرر من الأطفال الذين يبدون ضعفاً ويستجيبون بالانسحاب من مواجهة الآخرين فهم يتجنبون الاتصل الاجتماعي تجنباً للسخرية وذلك بسبب حساسيتهم العالية وخوفهم من أن يكونوا موضعاً للنقد أو النبذ أو الإحراج، فالسخرية من الطفل بشكل مفرط تقوده لأن يصبح خجولاً سريع الحرج.

هـ- عدم الثبات:

اتجاه التنشئة القائم على عدم الثبات قد يؤدي إلى الخجل فالآباء قد يكونوا حازمين جداً ثم متساهلين جداً أو عطوفين ثم غير مهتمين، وبالنتيجة يصبح الأطفال غير آمنين ولا يعرفون ماذا يتوقعون، وقد يصبحون خجولين في البيت والمدرسة كما يمكن لبعض الأطفال أن يكونوا خجولين في البيت فقط ويقضي هؤلاء الكثير من الوقت باحثين عن أناس ثابتين كلياً في تعاملهم معهم.

و- طفل المعلم المدلل Teachers Pet:

من الشائع أن نرى الأطفال الخجولين وقد أصبحوا معتمدين على المعلم مما يؤدي إلى دائرة مفرغة، لأن طفل المعلم المدلل يصبح موضعاً لسخرية الآخرين، وغالباً ما يعزز المعلمون هذا النمط عن طريق حبهم وعطفهم على الأطفال الخجولين اللطيفون الذين غالباً ما يصبحون أكثر اعتماداً على الراشدين وأكثر خجلاً من رفاقهم". (ستيفر، 1989)

طرق الوقاية:

1- شجع النشاطات الاجتماعية وكافئها:

إعمل على أن يحصل الطفل من عمر مبكر على أكثر ما يمكن من الخبرات السعيدة والسارة في علاقاته مع الرفاق، إن زيارة الناس الذين لديهم أطفال من عمر طفلك تعتبر من الخبرات المساعدة جداً، وأيضاً الرحلات التي يشارك فيها طفل أو أكثر من الخبرات الممتعة، كذلك اعمل على مكافأة الطفل عندما يقوم بنشاط اجتماعي، فالابتسامة من قبل الاب أو الام عندما يقوم الطفل بالتحدث أو اللعب بشكل لطيف تعتبر بمثابة تعزيز تمثل هذه السلوكات، فأي محاولة يقوم بها الطفل لكي يكون اجتماعياً يجب أن تكافأ بالابتسامة أو بالكلمة الطيبة، ويجب أن لا يسمح للاطفال بأن يبقوا في عزلة عن الآخرين لفترات طويلة كأن ينفردوا بمشاهدة التلفاز لعدة ساعات.

2- شجع الثقة بالذات والتصرف الطبيعي:

ينبغي تشجيع الأطفال ومدحهم لاعتمادهم على أنفسهم ولتصرفهم على نحو طبيعي، وعندما يتحدث الطفل ويسلك بحرية يجب أن يشجع ويمكن تعليمهم أنه ليس من الضروري أن يتوافقوا مع كل شخص، فمن الطبيعي أن لا تكون محبوباً من قبل كل الناس، والمهم أن لا يتم تعزيز الخجل بشكل غير مقصور عن طريق التحدث عن سلوك الخجل كسلوك لطيف ومهذب ويجب تجنب الحماية الزائدة وتجنب اتخاذ القرارات نيابة عن الطفل لأن ذلك من أهم أسباب عدم الثقة بالذات.

3- شجع تطوير المهارات والتمكن منها:

ينبغي مساعدة الأطفال للشعور بالكفاءة والمقدرة والأهمية اذ أن اعتبار الذات ينمو لدى الطفل من خلال قدرته على التحكم الفعال بالبيئة، وينبغي أن يعطي الأطفال مهمات فيها تحدي بسيط بحيث يتكرر شعورهم بالنجاح وينبغي تعليم الطفل المهمات اللازمة للتفاعل مع الآخرين.

4- زود الطفل بجو من التقبل والدفء:

إن الحب والانتباه لا يفسد الاطفال، وكل زيادة في الحنو والتقبل تعتبر أفضل، ويجب أن يسمح للطفل بأن يقول لا في المواقف التي يستطيعون ممارسة الاختيار فيها، لأن هذا يشعرهم باستقلايتهم وبأنهم موضع احترام وتقبل حتى لو أنهم لم يتفقوا معك، بمعنى تقبل الأطفال والاهتمام بهم بشكل ايجابي غير مشروط، فالطفل يجب أن يشعر بأن الأسرة هي مصدر دعم له.

العلاج:

عند تطوير أي استراتيجية علاجية للخجل يجب أن تحقق هذه الاستراتيجية الاهداف التالية:

1- زيادة وتنمية المهارات الاجتماعية لدى العميل الخجول والتي من خلالها يصبح أكثر قدرة على التفاعل مع الآخرين ويصبح أكثر مشاركة لهم.

2- تزويد العميل باستراتيجية حياة شاملة تمكنه من تطوير وتنمية علاقات شخصية حميمة مع الآخرين.

3- تزويد العميل بفلسفة اجتماعية تمكنه من أن يصبح أكثر توجيهاً لسلوكاته، وتنظم مفهومه عن التقبل والحساسية.

4- تمكين العميل من تركيز انتباهه على الآخرين وعلى كيفية التفاعل معهم بدلاً من الانشغال بمراقبة الذات وتقييم الذات بمعنى أن يصبح الآخرين هم بؤرة انتباه العميل بدلاً من أن يكون هو بؤرة إنتباهه.

هناك عدة أمور يجب أخذها بعين الاعتبار عند معالجة مشكلة الخجل لدى الاطفال:

1- اعمل على تحديد السبب الذي يقف وراء سلوك الخجل وبما أن الأطفال عادة يكونون غير قادرين على التعبير عن مشاعرهم لفظياً يمكن استخدام لعب الدور أو الصور والألعاب، والقصص، والعلاج باللعب، أو أي تكنيك مماثل حتى نفهم الطفل بشكل أفضل، فالاطفال غالباً ما يعبروا عن مشاعرهم من خلال تلك التكنيكات.

2- اعمل على تطوير علاقة قائمة على الثقة مع الطفل وحاول أن تستخدم الاستماع الفعال حتى تزيد من فهمك للطفل.

3- تجنب إرباك أو تعقيد الطفل الخجول من خلال السخرية من خجله، أو من خلال دعوته للقيام بنشاطات تسبب له الحرج والارتباك، دون أن يكون هناك إعداد وترتيب مسبق مع الطفل للقيام بذلك، فمثلاً اذا طلب المعلم من الطفل الخجول أن يقف ويتحدث أمام مجموعة كبيرة من الطلاب دون أن يكون قد ناقش ذلك مع الطفل ودون أن يكون الطفل الخجول قد تلقى التدريب والاستعداد الكافي لذلك، فإن ذلك يقود إلى نتائج سلبية على الطفل، فمثل ذلك التصرف قد يقود إلى إرباك الطفل الخجول وإلى زيادة خجلة وتعقيده أكثر.

طرق علاج مشكلة الخجل:

1- علم وكافيء المهارات الاجتماعية:

اي محاولة يقوم بها الطفل الخجول لإقامة علاقة مع الآخرين يجب أن تعزز، ويمكن أن يستخدم أسلوب التعزيز الرمزي مع الطفل لتقوية مثل هذه السلوكات الاجتماعية، بحيث يحصل الطفل على نقاط معينة لانخراطه في أي سلوك اجتماعي، ويستبدل هذه النقاط بمعززات فيما بعد، ونظام النقاط ينبغي تصميمه بحيث يؤدي إلى السلوك الأكثر صعوبة، فمثلاً الذهاب إلى حفلة والتحدث مع مجموعة من الأطفال يكسبه نقاط أكثر من إلقاء التحية.

ويمكن التدرج مع الطفل من السلوكات السهلة إلى السلوكات الأكثر صعوبة، ويجب تجنب توجيه أي إنتقاد للطفل عند القيام بمكافأة التحسن.

بالنسبة للتدريب على المهارات الاجتماعية يمكن أن يتم حسب الخطوات التالية:

1- إعطاء التعليمات للطفل، ومن ثم تقديم معلومات عن الأداء ومن ثم تكرار السلوك، وبعد ذلك النمذجة، فإعطاء التعليمات يتضمن توضيح الطرق المحددة للاتصال بالناس وتقديم المعلومات عن الأداء يساعد بطريقة واقعية في أن يعرف الطفل مستوى مهاراته ويقوم بتحسينها، وتقديم المعلومات عن الأداء يجب أن لا يتضمن إصداراً للأحكام، والنمذجة تتم بأن يرى الطفل اطفالاً آخرين وهم يتصرفون بدون خجل، ومن خلال تكرار السلوك يقوم الطفل بالتدريب على السلوكات المطلوبة والأساسية في ذلك، إن الأطفال يستمتعون بتمثيل أدوار مختلفة، فمن الطرق الفعالة أن تجعل الطفل الخجول يمثل دور طفل أكثر شعبية، ومن المفيد استخدام أسلوب عكس الدور.

ويمكن أن نطلب من الطفل أن يقوم بإعداد قائمة بالأمور التي يرغب بأن يصبح قادراً على القيام بها، مثل الانخراط في مجموعة الاصدقاء، التحدث مع شخص مهم، لعب لعبة معينة وعندما يقرر الطفل السلوك الذي يود أن يصبح قادراً على القيام به يمكن استخدام التدريب على المهارات لبلوغ ذلك السلوك، ويجب دفع الطفل لاختبار هذه السلوكات في الواقع بعد أن يكون قد تدرب عليها.

أيضاً يمكن تعليم الطفل الخجول المهارات الاجتماعية من خلال تقديم نموذجاً لطفل غير خجول، ومن ثم نطلب من الطفل الخجول ملاحظة هذا النموذج لعدة أسابيع، وبعد ذلك نطلب منه أن يحدد السلوكات التي يقوم بها النموذج والتي يرغب بأن يصبح قادراً على فعلها،وبعد ذلك يدرب الطفل عن هذه السلوكات ومن خلال التكرار ولعب الدور يصبح الطفل قادر على فعل تلك المهارات، بعد ذلك يجب دفعه لاختبار هذه السلوكات والمهارات في الواقع.

2- قلل الحساسية من الخجل:

ويمكن تعليم الأطفال بأن المواقف الاجتماعية ليست مخيفة، كما ويمكن أن يرتاحوا لهذه المواقف ويصبحوا اجتماعيين أكثر من خلال خطوات تدريجية، ويمكن استخدام مخيلة الأطفال لهذا الغرض استخداماً بناء، بحيث يعلموا إرخاء كل عضلاتهم ليشعروا بالاسترخاء التام، والاسترخاء هو مضاد مباشر للقلق، وعندما يكون الطفل مسترخ يمكن أن يطلب منه أن يتخيل أنه يقوم بسلوكات اجتماعية لم يكن قادراً على القيام بها، وبشكل تدريجي يمكنهم تخيل أنفسهم وهم يقومون بسلوك اجتماعي كانوا يعتبرونه في السابق مخيفاً، ومن الضروري أن يقوموا بعد ذلك بتجربة هذه السلوكات واقعياً على نحو تدريجي.

وتدريجياً يمكن أن يصار إلى تقليل حساسية الأطفال من المشاعر السلبية المقترنة بالتفاعل الاجتماعي، بمعنى آخر يمكن استخدام أسلوب تقليل الحساسية التدريجي من أجل التخلص من مشاعر القلق المرتبطة بالمواقف الاجتماعية والتي بدورها تقود إلى الخجل والانحساب.

3- تشجيع الجرأة:

يجب تعليم الأطفال التغلب على الجبن والخوف والحرج من التعبير عن أنفسهم، بالتالي يجب أن يسمح للطفل بأن يعبر عن مشاعره بصراحة، ويمكن أن يتعلم الأطفال أن يكونوا أكثر جرأة من خلال مساعدتهم للآخرين.

ويمكن تشجيع جرأة الطفل من خلال إعطائه فرصة تحمل المسؤولية كأن يطلب منه تحمل مسؤولية إحضار الرسائل من البريد، أو إطعام السمك، أو ري النبات، أو المساعدة في إعداد برامج الاذاعة المدرسية، أو الرد على التليفون وغيرها

من الأعمال، وهنا يجب أن ينتبه المعالج إلى أمر هام وهو تجنب الطلب من الطفل القيام بأعمال تسبب به الارتباك أو التعقيد، أو أن يوكل للطفل القيام بأعمال شاقة وحقيرة.

4- أشرك الطفل في مجموعات اللعب الموجه أو التدريب على المهارات:

عندما ينخرط الأطفال الخجولين في نشاطات جمعية فإن بعض الحديث والتفاعل يحدث بشكل طبيعي، ويمكن من خلال هذه المجموعات استخدام ألعاب مختلفة التي تساعد الأطفال على التعبير عن أنفسهم أمام الآخرين ويمكن بعث الطفل الخجول مع أطفال آخرين للقيام بمهمات اجتماعية، ومثل هذه البرامج تساعد الطفل على التعرف على أطفال آخرين جدد، أيضاً يمكن إشتراك الطفل الخجول في ألعاب جماعية، ويجب اختيار الألعاب التي تتطلب اتصال الأطفال بعضهم ببعض ومساعدة بعضهم بعضاً.

5- علم التحدث الايجابي مع الذات:

إن أكثر العناصر التي تساعد على استمرار الخجل هو قناعة الفرد بأنه ذو شخصية خجولة، فالحوادث تُرى وتُفسر من خلال الادراك القائم على الخجل، على نحو يجعلها تدعم باستمرار مفهوم الذات بأن الطفل شخص خجول لا يستطيع إقامة علاقات مع الآخرين، ويمكن مساعدة الأطفال لتعلم التحدث الايجابي مع الذات، والتركيز على جوانب القوة لديهم وإمكانياتهم الكامنة وغير المستغلة ويمكن تدريب الطفل على التحدث الايجابي مع الذات من خلال ترديد بعض الجمل مثل "أنني شخص جيد وقادر على القيام بتلك الأمور، سوف أقول ما أعتقد حتى لو لم يعجب بعض الناس، إذا ضحك بعض الناس من أقوالي فإن هذا لن يكون نهاية العام"، بمعنى يمكن استخدام العلاج العقلاني من أجل تغير الطريقة التي يفكر بها الافراد الخجولين حول أنفسهم.

6- الطفل الخجول قد يستفيد من التدريب التدعيمي:

بحيث يقوم المعالج بتدريب الطفل الخجول على مهارات توكيد الذات، وهنا يطلب من الطفل الخجول أن يكوّن قائمة تتضمن المواقف التي يود أن يصبح فيها أكثر تأكيداً لذاته ومن ثم يقوم المعالج باستخدام أساليب التدريب التدعيمي لتدريبه عليها.

ثانياً: إضطراب العادات Habit Disorders

1- مص الإبهام:

مص الإبهام هو عبارة عن قيام الطفل بدس إبهامه في فمه وإغلاق الشفتين عليه ويتلو ذلك حركات مص من الشفتين والوجنتين واللسان، ويكون ظفر الإبهام عادة إلى أسفل وفي هذه الأثناء غالباً ما يمسك الطفل باليد الأخرى جزءاً من الجسم مثل الأذن أو الشعر.

الأسباب:

المص بهدف المص، فبعض الأطفال يقومون بمص إبهامهم لأن ذلك بحد ذاته شيء ممتع بالنسبة لهم، فيعطيهم ذلك شعوراً داخلياً بالسعادة والدفء والشبع والاسترخاء. أيضاً وبعض الأطفال يلجأون إلى مص الاصبع عندما يشعرون بالخوف أو القلق أو الجوع أو النعاس، ويتوقف المص تدريجياً من تلقاء ذاته مع زيادة نضج الطفل وقيامه بتطوير مصادر بديلة للحصول على الأمن والمتعة.

إن مص الاصبع يترك آثاراً سلبية جداً فيحدث تشوهات في عظام الفك وفي الأسنان وصعوبة في المضغ والتنفس وتشوه في الوجه.

العلاج:

أ- التجاهل وخاصة بالنسبة للأطفال الصغار الذين لا تزيد أعمارهم عن ست سنوات لأن معظم الأطفال بعد سن خمس سنوات يقلعون تدريجياً عن هذه العادة، ولأن خلق قضية حول ذلك قد يزيد الأمر تعقيداً.

ب- إعطاء الأطفال الذين يقومون بهذه العادة والذين أعمارهم تزيد عن 7 سنوات توجيهات حول الآثار السلبية لذلك، ودفعهم للإقلاع عن هذه العادة والصبر عليهم، لأن ترك هذه العادة لا يحدث بشكل مفاجئ وسريع.

جـ- يمكن استخدام أسلوب الثواب والعقاب أو أسلوب الممارسة السلبية وكذلك يمكن استخدام أسلوب تكلفة الاستجابة أو تعزيز السلوك النقيض أو أي أسلوب سلوكي آخر مناسب لمساعدة الطفل على ترك تلك العادة.

د- استخدام أدوات تركب على الأسنان، حيث يمكن تركيب مثل هذه الأدوات لدى الأطفال الذين يزيد عمرهم عن ست سنوات وذلك من قِبل طبيب الأسنان، وهذه الأدوات إما أن تمنع إبهام الطفل من الوصول إلى سقف الحلق وبذلك تقل المتعة أو أن تحتوي على نتوآت حادة يمكن توجيهها صوب اللسان أو سقف الحلق وبالتالي يؤدي مص الإصبع إلى تلامس مؤلم مع تلك النتوءات أو إلى دفع النتوءات إلى سقف الحلق، وباستخدام هذه الطريقة تنتهي الحالة بعد حوالي إسبوع.

2- قضم الأضافر:

الاطفال الذين يقومون بقضم أظافرهم قد لا يتخلصون من هذه العادة مع تقدم العمر، حيث أنه حتى بين طلبة الجامعات فإن قضم الأظافر يمثل مشكلة، لا يستهان بها ، فالأظافر التي تتعرض للقضم تبدو قبيحة وكثيراً ما تتقرح وتدمى، وقد وجد أن هذه العادة أكثر شيوعاً بين الإناث منها بين الذكور، وغالباً ما يخجل قاضموا أظافرهم من إظهار أظافرهم أمام الناس، وقد يظهر عليهم القلق والارتباك والانسحاب في المواقف الاجتماعية.

وهذه العادة من أكثر العادات صعوبة من حيث قابليتها للتغيير، لأن من يقضمون أظافرهم يقومون بهذه العادة أثناء عزلتهم وتحت ظروف معززة مما يؤدي إلى إنقاص الدافع للتغير. هذا فكلما بكر في إيقاف هذه العادة كلما كان ذلك أفضل.

الأسباب:

أ- التخلص من التوتر والطاقة العصبية والقلق.

ب- إشباع دوافع عدوانية أو إنفعالية نفسية ذات أصل بيولوجي.

جـ- التقليد فبعض الأطفال يمارس هذه العادة لأنه رأى غيره يمارسها.

العلاج:

إن التأنيب والتوبيخ والنقد القاسي يؤدي إلى تفاقم المشكلة بدلاً من ايقافها.

لذا فعلى المربين أن يناقش مع الطفل مساوئ هذه العادة القبيحة، وذلك لرفع دافعية الطفل للتغلب على هذه المشكلة ويمكن للمربي أن يستخدم أساليب التعزيز والمكافآت بحيث يعزز التناقص التدريجي لممارسة هذه العادة، كذلك يمكن له أن يلجأ إلى استخدام أساليب عقابية مثل تكلفة الاستجابة وكذلك فإن التدريب على الاسترخاء يعتبر مساعداً مهماً للطفل للتوقف عن هذه العادة.

3- التبول اللاإرادي:

التبول اللاإرادي أو سلس البول هو تكرار نزول البول اللاإرادي في الفراش من قبل الطفل في الرابعة من العمر فما فوق، أما التبول المتقطع في الفراش بين الحين والآخر لا يعتبر مشكلة ولكن عندما يتكرر ذلك بشكل ملحوظ عندئذ يصبح مشكلة تحتاج إلى تحديد الأسباب ووضع الحلول المناسبة، وهناك نوعين من المتبولين اللاإراديين، المتبول اللاإرادي على نحو متصل وهو الطفل الذي ما زال يتبول منذ الولادة والنوع الثاني المتبول اللاإرادي على نحو متقطع، وهو الذي حقق فترة انقطاع معقولة عن التبول ليلاً، ثلاثة أشهر على الأقل إلا أنه عاد للتبول مرة أخرى.

والتبول اللاإرادي هو إحدى مشكلات الطفولة الشائعة.

الأسباب:

أ- الأسباب العضوية مثل التهاب المثانة والقناة البولية، أو الحالب، حموضة البول العالية وجود حصوات في الكلى، مرض السكر الخ.

ب- الأسباب النفسية مثل التوتر والخوف والأزمات العاطفية التعرض للعقاب، النكوص، السعي وراء الحصول على الانتباه الخ.

جـ- عدم النضج وعدم تلقي أساليب تدريب مناسبة على ضبط التبول.

العلاج:

- البحث عن العوامل النفسية التي أدت إلى تكون تلك العادة من قلق أو توتر وخوف وأزمات عاطفية ومحاولة علاجها.
- تدريب الطفل على الاحتفاظ بالبول من خلال تدريبه على احتمال كميات أكبر وأكبر من البول في المثانة، فهذا يمكن أن يؤدي إلى زيادة قدرة المثانة على الاستيعاب.
- استخدام الأساليب السلوكية وخاصة أسلوب التصحيح الزائد.
- ايقاظ الطفل ليلاً ودفعه للذهاب إلى الحمام.
- التقليل من تناول الطفل للسوائل قبل النوم وعدم تعريضه لمواقف تثير الخوف لديه.
- استخدام طريقة الجرس والوسادة، وذلك عندما تفشل جميع الطرق المبذولة لمساعدة الطفل على التخلص من التبول اللاإرادي.

4- إضطرابات النوم:

النوم عملية جسمية نفسية ضرورية لتحقيق الصحة الجسمية والنفسية، إن اضطرابات النوم لها آثار جسمية ونفسية سيئة بالنسبة للطفل وهي في الوقت نفسه مرهقة ومزعجة بالنسبة للأهل، إن الفرق بين اضطرابات النوم الطبيعية والمرضية هو فرق في الدرجة وليس في النوع، وأكثر اضطرابات النوم شيوعاً هي الأحلام المزعجة والنوم القلق، الكلام أثناء النوم، كثرة النوم، الفزع الليلي، المشي أثناء النوم البكاء قبل النوم.

الأسباب:

- أسباب حيوية مثل الأمراض الإجهاد الجسمي والعصبي التعود على تناول أقراص منومة.
- أسباب نفسية مثل القلق، الصراعات الداخلية، القصص المخيفة، الخوف، الهموم، التوتر، قلق الانفصال.
- الأسباب البيئية، مثل اتجاهات الوالدين الخاطئة نحو وقت مدة النوم وإجبار الطفل على النوم حسب ظروف محددة جامدة واستخدام النوم كتهديد وعقاب، ضيق المسكن.

العلاج:

- الدعم الأبوي للطفل وتوفير جو يسوده الهدوء والطمأنينة.
- التعرف على الأسباب ومحاولة إزالتها.
- إعطاء الطفل إحساساً بالسيطرة وضبط النفس من أجل مواجهته الأحلام المخيفة.

5- مشكلات الأكل:

من مشكلات الأكل تناول كميات كبيرة من الطعام تؤدي الى البدانة، أو قلة الأكل، أو إباء أو الطعام أو رفض أنواع خاصة من الطعام، أو الرغبة في أكل مأكولات غير طبيعية مثل أكل التراب والطين.

الأسباب:

- الإكثار من الطعام كمصدر للرضاء النفسي.
- الإفراط المتعلم في الأكل، فالكثير من الأطفال يفرطون في تناول الأكل كي يرضوا آباءهم، حيث يعتقد بعض الأهل أن الطفل البدين أكثر صحة وأوفر سعادة.
- قد تكون البدانة وسيلة لحماية الذات من الأخطار.
- عدم القيام بالنشاطات الحركية بشكل كافي.
- صراعات القوى والخلافات مع الأهل حول الطعام.

العلاج:

- جنب الطفل تناول المأكولات التي تسبب البدانة.
- كافئ النشاطات الحركية الهادفة التي يقوم بها الطفل.
- تأكد من أنه لا يوجد سبب عضوي لقلة الأكل، وإذا كان هناك سبب عضوي فاعمل على علاجه.
- لا تكره الطفل وتجبره على الأكل باستخدام التهديد.
- تجنب الصراعات والمجادلات والإحباطات في أوقات الطعام.
- اجعل الأكل ذا أهمية وذلك بتقديمه بعد الجوع وبوجود الشهية له.
- أشرك الطفل في انتقاء الطعام.

الوحدة السادسة

6

أساليب التدخل التربوي والعلاجي للمضطربين سلوكياً

أولاً: الأسلوب السلوكي:

أ- أساليب زيادة السلوك

ب- أساليب خفض السلوك

ثانياً: الأسلوب السيكودينمي (القوى النفسية)

ثالثاً: الأسلوب النفس تربوي

رابعاً: الأسلوب البيئي

أساليب التدخل التربوي والعلاجي للمضطربين سلوكياً

لقد تعددت الأساليب المستخدمة في معالجة الأفراد الذين يعانون من اضطراب في سلوكهم، ولا يمكننا الجزم بأفضلية إحدى الطرق على الأخرى، ولكن أغلب الدراسات أجمعت على أن أفضل الطرق التي يمكن اتباعها هي:

أولاً: الأسلوب السلوكي:

ثانياً: الأسلوب السيكوديني (القوى النفسية)

ثالثاً: الأسلوب النفس تربوي

رابعاً: الأسلوب البيئي

وفي هذه الوحدة سنقوم بتوضيح أهم الأساليب المتبعة في علاج الاضطرابات السلوكية بكافة فروعها، ونبدأ بـ:

أولاً: الأسلوب السلوكي:

يعتمد هذا الأسلوب في العلاج على مفاهيم النظريات السلوكية الخاصة بتشكيل واكتساب السلوك، حيث أنهم يعتبرون السلوك الإنساني السوي منه والشاذ حدثاً قابلاً للتعلم، بمعنى أنه يمكن تشكيله وإكسابه للأفراد وكذلك محوه أو إطفائه، وينظرون إليه مباشرة دون البحث في الأسباب التي أدت إلى حدوثه ويتعاملون معه وفقاً لأهم قاعدة في قواعد تعديل السلوك التي نادى بها العالم الكبير سكنر ألا وهي: (السلوك محكوم بنتائجه).

ولقد أشار سكنر 1968م، إلى أن هناك نوعين من السلوك هما: السلوك الاستجابي الذي يتبع مثيراً محدداً وهو سلوك لا إرادي، والسلوك الإجرائي الذي

يؤديه الفرد في غياب مثير قبلي واضح وإنما يعتمد في حدوثه على النتائج التي تتبع ذلك السلوك.

ولقد عزى كل من (كلازيو ويلون 1967م) و(ابتر 1982م) سبب انتشار هذا الأسلوب إلى الأسباب التالية:

1- أن الأسلوب السلوكي يعتبر أسلوباً عملياً إلى حد كبير لأنه يتعامل مع مسائل وقضايا ملموسة وملحوظة.

2- أن النظرية السلوكية تعتبر بسيطة وسهلة الفهم والتعلم.

3- تثبت سرعة فعالية بعض أساليب تعديل السلوك مع كثير من الأفراد ذوي المشاكل السلوكية.

4- إن تركيز الأسلوب السلوكي على الملاحظة ساعد المدرسين على أن يكونوا أكثر وعياً بنوعية مشاكل التلاميذ وأكثر وعياً لقدراتهم الخاصة.

5- التركيز على المعززات الإيجابية المديح والمكافآت لزيادة تكرار السلوك الإيجابي.

6- أن المدرسين غير مدربين للكشف عن أسباب السلوك كما أن اختصاصي الصحة النفسية أنفسهم غالباً ما يجدون ذلك غامضاً وصعباً، ولهذا فمن السهل على المدرسين أن يتعاملوا مع السلوك الملاحظ بطريقة مباشرة دون الخوض في المسببات.

7- أن المدرسين نادراً ما يكونون في وضع يمكنهم من معالجة الأسباب بصورة مباشرة إلا أنهم قادرون على تعديل آثارها في نطاق الفصل (غرفة الصف).

وإذا رغب المعلم في استخدام الأساليب السلوكية في معالجة وتعديل سلوك المضطرين سلوكياً فعليه أن يكون دقيقاً في ملاحظة سلوكهم، ودقيقاً في تسجيل تلك الملاحظات، بمعنى أن يتوخى الأسلوب العلمي في الملاحظة والتسجيل للسلوك والذي يتضمن مجموعة خطوات، كتحديد الموقع الذي سيحدث فيه السلوك، ثم تسجيل المعلومات بشكل مُرمز بحيث تسهل معالجتها، وتحديد الفترة الزمنية التي سيتم خلالها مراقبة السلوك ومن ثم وضع الخط القاعدي للسلوك بناءً على الملاحظات التي تم جمعها، وأخيراً تفريغ البيانات بشكل صحيح على الصحيفة النفسية خلال مدة البرنامج.

وهناك أسلوبان رئيسيان يتضمنان مجموعة من الأساليب العلاجية السـلوكية، وهذان الأسلوبان هما:

أ- أساليب زيادة السلوك :

وهي أساليب تهدف عند تطبيقها إلى زيادة معدل تكرار السلوك المرغوب فيه، ويندرج تحت هذا الأسلوب:

1- المعززات الإيجابية:

وهي عبارة عن أشياء محببة للفرد يتم تقديمها لـه بطريقة مبرمجة بعد قيامه بسلوك مرغوب فيه (كالجوائز والهدايا) والذي يدفعه لتكرار نفس السلوك في المستقبل، شريطة تقديمه مباشرة بعد السلوك وعدم تأخيره حتى لا يفقد أهميته.

ويجب الانتباه إلى الفروق الفردية عند تقديم المعززات، فقد ينجح معزز مع فرد معين ولا ينجح مع الآخر، لذا فلا يعتبر معززاً.

2- المعززات السلبية:

وتعني إزالة شيء غير مرغوب فيه من بيئة الطفل مما يدفعه إلى تكرار السلوك المرغوب فيه، فمثلاً، قد يهدد المعلم الطالب بأنه سوف يلزمه بكتابة فقرة (لن ألعب في الصف) 1000 مرة في حالة أنه لم يتوقف عن اللعب، وهنا يكون:

- كتابة فقرة لن ألعب في الصف) 1000 مرة الشيء غير المرغوب فيه.
- عدم اللعب في الصف هو السلوك الذي يجب أن يتكرر.

3- تشكيل السلوك :

يعتمد أسلوب تشكيل السلوك على استخدام كل من التعزيز والإطفاء، وذلك بالتوفيق بينهما بهدف تطوير سلوكات جديدة، ويتم التشكيل للسلوك عادة بتقسيمه إلى أجزاء عديدة ويتم تحديد الجزء الذي يبدأ به السلوك ونستمر في تعزيز الأجزاء المرغوبة وإطفاء السلوكات غير المرغوبة التي تصاحب السلوك حتى نصل إلى السلوك النهائي المرغوب فيه.

4- الاستبعاد التدريجي:

وهو أسلوب نعمل من خلاله على إزالة السلوك غير المرغوب فيه بصورة تدريجية وببطء إلى أن يتمكن الطفل من أداء السلوك دون تشجيع أو حث من الآخرين، حيث نأخذ أول سلوك بسيط يقود إلى السلوك النهائي ونعززه، ولقد قام مارتن 1975م بدراسة مستخدماً هذا الأسلوب على أطفال يعانون من مشكلة إعادة كلام المتحدث، حيث كانت المرحلة الأولى من التدريب أن يشير إلى قميصه ويسأل التلميذ ما هذا؟ ومن البديهي أن يكون رد التلميذ: ما هذا؟ بعد ذلك يشير المدرس إلى قميصه مرة أخرى ويقول قميص، فإذا قال التلميذ قميص فإنه يمنحه معززاً بسيطاً ويكرر هذه الخطوة عدة مرات، وفي المرحلة الثانية يشير المعلم إلى قميصه ويقول: هذا قميص، فيقول التلميذ قميص بطريقة تلقائية، وفي المرحلة الثالثة يردد المعلم عبارة: ما هذا قميص، وينطق بصوت عال ما هذا؟ وبصوت منخفض قميص، وفي النهاية توصل التلميذ للإجابة على سؤال المعلم ما هذا؟ بلفظة قميص.

5- العقد المشروط:

وهو أن يتفق المعلم مع الطالب على تحقيق مجموعة أهداف تم وضعها من قبل المعلم، وعندما يحققها الطالب يتم تعزيزه، ويجب الانتباه إلى أن تكون تلك الأهداف قابلية للتحقيق.

ويشترط مراعاة القواعد الأساسية التالية والتي اقترحها هومي، وآخرون 1969م، عند كتابة العقد وهي:

1- تقديم المعزز مباشرة بعد حدوث التغيير المطلوب.

2- يجب أن تكون العقود مناسبة وقابلة للتحقيق.

3- يجب أن تصاغ العقود بطريقة إيجابية.

4- يجب أن تعمل العقود على تحقيق السلوك المرغوب فيه.

6- التعزيز الرمزي:

ويقصد به قيام المعلم بإعطاء التلاميذ مجموعة قطع (كوبونات) أو نجوم أو غيرها عند قيامه بالسلوك المناسبة، ثم بعد انتهاء الحصة يقوم الطالب باستبدالها بأشياء محببة كالهدايا والحلوى.

وهناك شروط محددة لتلك المعززات الرمزية وهي:

1- أن لا تكون قابلة للتلف.

2- أن لا تكون مؤذية للطفل كأن تكون صغيرة قابلة للابتلاع.

3- أن لا تكون معززاً بذاتها وتلفت نظر الطفل أكثر من المعزز الذي تستبدل به.

7- النمذجة:

يعتمد هذا الأسلوب على حقيقة أن الطفل يرغب في تقليد كل سلوك يراه مناسباً أو غريباً، ومرتبطاً بسلوك الكبار سواء كانت سلبية أو إيجابية، وهنا تقدم للطفل مجموعة من السلوكات الجيدة والمرغوبة ونطلب منه تقليدها إما مباشرة أو بشكل عَرَضي.

إن السلوك النموذج المناسب والبسيط، يشجع الطفل على القيام بالاستجابة السلوكية الملائمة، وذلك وفقاً للآثار الإيجابية الثلاث التالية:

1- تأثير النموذج:

حيث يكتشف الطفل سلوكات يؤديها النموذج لم تكن معروفة له سابقاً.

2- تأثير المنع أو الكبح:

عندما يتم معاقبة النموذج على سلوك غير مرغوب فيه فإن الطفل قد يمتنع عن القيام بمثل هذا السلوك.

3- تأثير الاستخراج:

يتم استخراج السلوك المماثل لسلوك النموذج من خبرات الطفل المخزونة.

ب-أساليب خفض السلوك:

وهي أساليب تهدف عند تطبيقها إلى خفض معدل تكرار السلوك غير المرغوب فيه، ويندرج تحت هذا الأسلوب:

1- العقاب (الخبرة المنفرة):

وفي هذا الأسلوب يتم تعريض الفرد المُعالج لنوع من العقاب العلاجي (الخبرة منفرة) إذا قام بالسلوك غير المرغوب فيه، وقد استخدم هذا الأسلوب في علاج حالات اضطراب الكلام اللجلجة مثلاً، وذلك بإقران نوع الاضطراب عند حدوثه بصدمة كهربائية مما يؤدي إلى كف ذلك الاضطراب.

ويلجأ المعلمون إلى أسلوب العقاب بشكل كبير ومتكرر، ولكن يجب الانتباه إلى أنه لا يوجد عقاب واحد يتناسب مع كل أنواع السلوك، ويتناسب كذلك مع كل التلاميذ، وإنما هناك أنواع عقاباً مادية أو جسدية أو اجتماعية أو حرمانية من الإثابة، وهناك فروق فردية بين التلاميذ.

ولا يكون العقاب عقاباً إلا إذا أدى إلى خفض السلوك، وحتى يكون أسلوب العقاب فاعلاً، فلا بد من مراعاة الأمور التالية عند تطبيقه، والتي ذكرها السرطاوي سيسالم، 1987م وهي:

1- عندما يعاقب المدرس التلميذ فإنه يجب عليه أن يوضح له سبب العقاب.
2- يجب أن يلجأ المدرس إلى العقاب كأسلوب أخير في تعديل السلوك، وذلك بعد أن تفشل أساليب التعديل الأخرى.
3- يجب أن لا يكون أسلوب العقاب هو النمط المميز للمدرسين، أي يجب أن لا يتبعه باستمرار لأن هذا سيؤدي إلى كراهية الطلاب للمدرس.
4- إذا اضطر المدرس أن يستخدم أسلوب العقاب فعليه أن يستخدم أولاً أبسط أشكال العقاب.
5- على المدرس أن لا يكتفي بمعاقبة السلوك غير الملائم بل عليه وفي نفس الوقت أن يعزز ويكافئ السلوك الملائم.

2- تدريب الإغفال (الإطفاء أو التجاهل):

وفي هذا الأسلوب يحاول المعالج محو السلوك غير المتوافق وذلك بإغفاله (غياب التعزيز) حتى ينطفئ ذلك السلوك.

وقد استخدم هذا الأسلوب بنجاح في علاج بعض حالات الاضطرابات النفسية الجسمية، ويستخدم مع الطلاب بتجاهل بعض أساليب لفت نظر الطلاب للمعلم داخل الصف كرفع اليد باستمرار والصراخ بهدف الإجابة على سؤال أو ما شابه ذلك.

وتجدر الإشارة إلى ضرورة الانتباه إلى نوع السلوك المتجاهل فقد يكون مؤذياً للذات أو مهدداً للآخرين، وهنا لا يصلح اتباع أسلوب التجاهل وإنما لا بد من اتباع أسلوب آخر.

3- تعزيز السلوك المخالف:

يهدف هذا الأسلوب إلى جعل السلوك المرغوب في خفضه ليس ذا أهمية لدى الطفل، وذلك بالتوقف عن تعزيزه، وتعزيز السلوك الذي يعاكسه تماماً وذلك للفت نظر الطفل إليه.

ويعتبر هذا الأسلوب من أكثر الأساليب السلوكية انتشاراً وذلك لفاعليته ولسهولة تطبيقه، فمثلاً، لدينا طفل دائم البكاء وبصوت عالٍ، فإذا رغبنا في تطبيق هذا الأسلوب فإننا ننتظر توقفه للحظة عن البكاء ونقوم بتعزيزه ونشعره أن التعزيز كان بسبب توقفه عن البكاء وعندما يعود للبكاء نمتنع عن تعزيزه، وهكذا حتى يتوقف تماماً عن البكاء.

4- التغذية الراجعة:

وهو أسلوب يقوم على تعريف الفرد على نتيجة سلوكه أولاً بأول وقبل الانتقال إلى غيره من السلوكات ليقوم في نهاية سلوكه بمقارنته مع نسبة حدوث نفس السلوك مع أقرانه.

ويهدف هذا السلوك إلى إحداث وعي لدى الفرد بسلوكه وما يحدثه هذا السلوك من أثر في البيئة المحيطة، ويظهر ذلك في ردود أفعال الآخرين على ذلك السلوك أو في تقبله الشخصي لذلك السلوك.

وعليه فإن الفرد يستطيع تجنب العيوب والأخطاء التي وقع فيها أثناء ممارسته للسلوك وتدرجه فيه.

5- الممارسة السالبة (التشبع):

وفي هذا الأسلوب يطلب المعالج من الفرد أن يمارس السلوك غير المرغوب بتكرار، فتؤدي هذه الممارسة إلى نتائج سلبية (التعب والملل) حتى يصل إلى درجة التشبع،وحينها لا يستطيع ممارسته مجدداً،مما يقلل في نهاية المطاف احتمال تكراره للسلوك.

ويستخدم هذا الأسلوب بنجاح في معالجة اللازمات الحركية ومص الإبهام والتدخين.

6- التصحيح الزائد:

وفي هذا الأسلوب يتم الطلب من الطفل القيام بتصحيح الخطأ الذي وقع فيه، وزيادة عليه، بمعنى إجباره على أن يمارس السلوكات الصحيحة، فالطفل الذي يتعمد سكب الماء على الأرض، فإننا نطلب منه مسحها، وإكمال مسح كامل الغرفة.

7- العزل (التعطيل المؤقت):

وهو شكل من أشكال العقاب وفيه يتم حرمان الطفل من المثيرات المحببة له، أو عزله تماماً عن البيئة المثيرة والمعززة له للاستمرار في سلوكه، ويجب الانتباه إلى أن يتم نقل الطفل من البيئة الأكثر إثارة إلى الأقل إثارة، فمثلاً: قد يعاقب المعلم الطالب الذي مَلّ من الحصة ويتحدث مع زملائه بطرده من غرفة الصف، وهنا يكون المعلم قد نقل الطالب من البيئة الأقل إثارة (الصف) إلى الأكثر إثارة (خارج الصف) وهنا يكون قد فقد العزل قيمته، ولكن إذا قام المعلم بعزل الطالب في غرفة خاصة بالعزل (آمنة وخالية من المؤذيات) فإنه يحقق الهدف ويقلل من سلوك التحدث داخل الصف.

ويجب الانتباه إلى الأمور التالية عند تطبيق هذا الأسلوب:

1- أن تكون غرفة العزل آمنة وفي موقع معين في المدرسة.

2- استخدام الأسلوب بأسلوب دقيق وبحذر شديد.

3- حجز الطفل في غرفة العزل ولفترة زمنية قصيرة ومدروسة.

4- أن يكون مكان العزل خالياً من المثيرات التعزيزية.

5- يجب أن تكون البيئة التي يُعزل فيها الفرد بيئة محببة للفرد.

8- التحصين التدريجي أو التخلص من الحساسية:

ويستخدم هذا الأسلوب في الحالات التي يكون فيها السلوك قد اكتُسب مرتبطاً بحادث منفر معين، كالخوق والاشمئزاز من الأشياء. وقد استخدمت هذه الطريقة بنجاح في علاج حالات الذعر والخوف المبالغ فيه، وعلاج مشكلات الشعور بالألم والاكتئاب.

وتتلخص هذه الطريقة في النقاط التالية:

1- حصر المثيرات التي تستثير الاستجابات الشاذة.

2- ترتيبها تصاعدياً من الأقل إثارة إلى الأشد إثارة (تكوين هرم الحساسية).

3- تعريض الفرد إلى المثيرات بالترتيب بدءاً بأقلها إثارة والتي لا تؤدي إلى صدور الاستجابة الشاذة وانتهاءً بأكثرها إثارة.

4- تكرار تعريض الفرد لنفس المثير حتى يعتاد عليه وتنتفي أية مشاعر نحوه، ونتأكد من ذلك بعدم صدور استجابة شاذة بشكل نهائي.

5- الانتقال إلى المثير التالي - بعد التأكد من زوال أثر المثير الأول - وتعريض الفرد له حتى يعتاده وبنفس الأسلوب السابق.

6- الانتقال عبر كافة المثيرات وبتدرج حتى الوصول إلى آخر مثير والذي هو أكثر إثارة، وتكراره حتى يصبح مألوفاً للفرد.

7- مراعاة أن يكون الفرد في كافة جلسات العلاج وحين يُعرض عليه المثير في حالة استرخاء مناسبة وذلك بهدف إيصال الفرد إلى أقل مستوى من مستويات الإثارة.

8- تدريب الفرد وتعليمه بشكل متدرج على استبدال استجابة الخوف، باستجابة الاسترخاء التي رافقت جميع الجلسات، وذلك لأن الاسترخاء هو الاستجابة الصحيحة للتعامل مع المواقف الحياتية العادية.

مثال توضيحي:

طفل يخاف من الكلاب بشكل مبالغ فيه، لذا فمن المناسب استخدام هذا الأسلوب، حيث يتم حصر المثيرات (اسم كلب/ صورة كلب/ دمية كلب صغيرة/ دمية أكبر/ دمية بحجم الكلب/ صوت الكلب مع الدمية/ فيلم عن الكلاب/ كلب حقيقي صغير وأليف ومدرب/ كلاب حقيقية بحجوم وأشكال مختلفة). ويتم ترتيبها تصاعدياً (أقل إثارة حتى أكثر إثارة) ثم تقديمها للطفل وهو مسترخٍ بشكل تام بدءاً بالصورة وانتهاءً بالكلب الحقيقي.

تجدر الإشارة - بعد أن استعرضنا أساليب العلاج السلوكي - إلى آراء العلماء حول فاعلية العلاج السلوكي ومدى تأثيره في حصول الشفاء مقارنةً بالاتجاهات الأخرى، فلقد تبين للعلماء أن منهج العلاج السلوكي يمتاز بقدرة الباحث على الضبط والتحكم في خطة العلاج، وأن بإمكانه إذا فشلت طريقته أن يجرب طرقاً أخرى بديلة وفقاً لما لديه من معلومات وحقائق ثابتة، وكذلك يمتاز هذا الاتجاه باعتماده على تطبيق بعض المبادئ التجريبية الثابتة والمعترف بها. عدا أن المعالج يستطيع التحكم في كثافة وقوة المثيرات حسب الخطة العلاجية وحسبما تقتضيه حالة الفرد المُعالَج.

ويعارض بعض العلماء فكرة التحكم بالفرد أثناء العلاج، ويعتبره أسلوباً علاجياً غير إنساني لأن فكرة التحكم تلغي دور الفرد كعضوية عاقلة لها إرادتها في علاج ذاتها. وبغض النظر عن هذه الفكرة فإن العلاج السلوكي قد أثبت نجاحاً هائلاً في علاج معظم حالات العصاب، وقد قدّرت نسبة الشفاء في كثير من الحالات بـ (90٪) من المرضى الذين يعالجون بالأسلوب السلوكي.

وأخيراً لا بد من ذكر أهم مزايا هذا الأسلوب وأهم عيوبه، والتي حددها زهران، 1980م:

أهم مزايا العلاج السلوكي:

1- يقوم على أساس دراسات وبحوث تجريبية وعملية قائمة على نظريات التعلم، ويمكن قياس صدقها قياساً تجريبياً مباشراً، وتخضع فروضه ومسلماته التي تفسر السلوك للتجريب العملي.

2- متعدد الأساليب ليناسب تعدد المشكلات والاضطرابات.

3- يركز على المشكلة أو العرض، وهذا يوفر وجود محك لتقييم نتائجه.

4- عملي أكثر منه كلامي نظري ويستعين بالأجهزة العلمية.

5- نسبة التحسن عند استخدامه تصل إلى (90٪) أحياناً في حين استخدام الأساليب الأخرى يصل إلى (50-75٪) في أحسن الأحوال.

6- أهدافه واضحة ومحددة.

7- يوفر الوقت والجهد والمال لأنه يستغرق وقتاً قصيراً نسبياً لتحقيق أهدافه.

8- يمكن أن يعاون فيه كل من الوالدين والأزواج والممرضات بعد التدريب اللازم.

أهم عيوب العلاج السلوكي:

1- السلوك البشري معقد لدرجة يصعب معها في كثير من الأحيان عزل وتحديد أنماط بسيطة من العلاقات بين المثير والاستجابة حتى يسهل تعديلها واحداً واحداً، وعن طريق استخدام الأجهزة ومحاولة جعل الإنسان كالآلة.

2- الاضطرابات السلوكية يصعب تفسيرها جميعاً في شكل نموذج سلوكي مبني على أساس الإشراط.

3- أحياناً يكون الشفاء وقتياً وعابراً.

4- يهتم بالسلوك المضطرب فقط ويركز على التخلص من الأعراض الظاهرة دون المصدر الحقيقي العميق للاضطرابات، ومنفصلة عن الاضطراب الكبير الذي هو علامة من علاماته ودون تناول الشخصية ككل، وهذا قد يؤدي إلى ظهور

أعـراض أخـرى، فـالاضطراب السـلوكي الظـاهر مـا هـو إلا دليـل خـارجي لاضطراب داخلي عميق يكمن وراء هذا السلوك الظاهر الذي يمثل قمة جبل الثلج الظاهرة فقط. (ص،343)

ثانياً: الأسلوب السيكوديني (القوى النفسية):

يستند هذا الأسلوب على فرضيات نظريـة التحليـل النفسـي الـتي وضعـها سيجموند فرويـد والتحليليـون مـن بعـده، فمـع بدايـة الاهتمـام بتربيـة الأطفـال المضطربين سلوكياً وإنفعالياً كان الأسـلوب السـيكوديني هـو الأسـلوب الوحيـد الذي استخدم لسنوات عديدة في التعـامل مـع الاضطرابـات السـلوكية إلى أن بـدأ النقد يوجه إلى هذا الأسلوب، وبدأ استخدام العلاج السلوكي ينتشر بشكل واسع.

"إن وجهة نظر التحليل النفسي تفترض أن السـلوك يتحـدد بدرجـة كبـيرة بعمليات غير شعورية مستمرة داخل النفـس، ولهـذا فـإن عـلاج الطفـل المضطـرب سلوكياً يتمثـل في محاولـة إيجـاد المشـكلة الأساسـية، أي جـذور المشـكلة الانفعاليـة والسلوكية، التي يعاني منها في الوقت الحـالي وذلـك باسـتخدام أسـلوب التحليـل النفسي، حيث يقوم المعالج النفسي بمساعدة الطفـل علـى العـودة إلى خبراتـه الأولى لتحديد مصدر الصراع، والطريقة التي يؤثر فيها هذا الصراع الداخلي اللاشـعوري على السلوك والانفعالات الحالية، ومن ثم العمل مـع المريـض علـى بنـاء وتنظيـم شخصيته بطريقة سليمة وصحية وبشكل جديد". (السرطاوي، سيسالم، 1987، 226).

وبشكل مختصر فإن عمل المعالج النفسي والمعلـم ينحصـر في مسـاعدة الفـرد على التخلص من آثار الصراعات الناشئة بين مكوناته الداخلية (الأنـا، الهـو، الأنـا الأعلى) والتي تنعكس على سلوكه وتـؤدي بـه إلى الاضطـراب، وهـذا يعـني عـدم اهتمام المعالج والمعلم بالسلوك الظاهر وإنما عليهم الرجـوع إلى الأسـباب الحقيقيـة التي تقف وراء ذلك السلوك.

ويتميز هذا الأسلوب بالمميزات التالية:

1- يهتم التحليل النفسي بعلاج أسباب المرض وليس أعراضه فحسب.

2- يتناول الجوانب اللاشعورية إلى جانب النواحي الشعورية.

3- يكشف عن العناصر اللاشعورية الثائرة على الشخصية، مما يسهل ضبطها وتصحيحها.

4- يحرر الفرد من دوافعه الدفينة وخوفه من جهله بتحقيقها.

5- يؤدي إلى إعلاء الدوافع المكبوتة واستثمار طاقتها التي كانت معتقلة وسجينة.

6- يعود بالشخصية المفككة إلى حالة من التكامل والنضج والقدرة على مواجهة الواقع وتحمل الشدائد والاستمتاع بالحياة.

أما أهم سلبياته وعيوبه والتي دفعت الكثيرين للاستغناء عنه كأسلوب واللجوء إلى أساليب أخرى، فهي:

1- أن التحليل النفسي عملية طويلة، وشاقة ومكلفة، فقد يستغرق التحليل الكامل قرابة العامين ويصل إلى أربع أعوام وبمعدل 3-5 جلسات أسبوعياً.

2- هناك خلافات نظرية ومنهجية في طريقة التحليل النفسي الكلاسيكي فرويد وبين طرق التحليل النفسي الحديث الفرويديون الجدد.

3- يحتاج التحليل النفسي إلى خبرة واسعة وتدريب عملي طويل،قد لا يتوافر إلا لعدد قليل من المعالجين.

4- إن هذا الأسلوب ينظر إلى الإنسان نظرة متشائمة، ومبالغ فيها.

5- أنه يعتمد في وصفه للسلوك البشري على نظم وعمليات فرضية.

6- يؤكد على تحليل اللاشعور كطريقة للصحة النفسية دون توافر الدليل الذي يؤكد ذلك.

7- أن الدراسات التي تابعت الأطفال الذين تلقوا علاجاً تحليلياً حققت درجة منخفضة من النجاح.

8- يميل أخصائيو التحليل النفسي إلى النظر إلى المدرسة والتربية بالشك والعداء، ويقللون من أهمية دور المدرس والبرامج العلاجية.

9- يميل هذا الأسلوب إلى تجاهل قوة تأثير البيئة على سلوك الطفل.

10- أن الوصول إلى الأسباب الداخلية أمر عسير وخاضع الوصول إليه إلى تفسيرات المعالجين والتي تكون أحياناً غير موضوعية ومتحيزة أحياناً أخرى.

الأساليب العلاجية السيكودينمية:

هناك عدة طرق استخدمها التحليليون في معالجة الاضطرابات السلوكية نذكر أهمها:

1- التبصر:

يقوم هذا الأسلوب على أساس تبصير الفرد المُعَالج بخبراته اللاشعورية وذلك بجعله يدرك ويفهم ما يخفيه في ثنايا اللاشعور. حيث يخبره بكل ما يخفيه وبصراحة – حسب تخمين المعالج –.

ولقد اقتراح فرويد الخطوات التالية لتنفيذ هذا الأسلوب:

أ- تحديد متى ولماذا قرر الفرد الهروب إلى المرض.

ب- تطمين المريض بأنه توجد سبل مختلفة في الحياة ممكنة وجديرة بالاهتمام.

حـ- الضغط على كل المتغيرات الإيجابية لتـأخذ مكانـها الصحيـح في حيـاة الفـرد المضطرب سلوكياً.

2- التداعي الحر:

وهي طريقة طورها (فرويد) بعد أن اقتبسها من زميله الدكتور بروير، ويتم تنفيذ هذه الطريقة بجعل المضطرب سلوكياً يتحدث بكل ما يخطر بباله بغض النظر عن نوعية الخبرات التي تجول في خاطره سواء كانت تافهة أو معيبة، أو تمس الموضوع بشكل مباشر أو لا تمسه مطلقاً، وهو في حالة تامة من الاسترخاء.
(هول وليندزي، 1978).

ويُتَوَقع من خلال هذا الأسلوب أن يبدأ الفرد المضطرب بالشروع في الحديث عن ذكرياته وخبراته الطفولية المبكرة والتي لها – حسب رأي فرويد – أكبر الأثر في الكشف عن محتويات وخبرات اللاشعور، وبالتالي الكشف عن أسباب الاضطـراب لتتم معالجتها.

ويدخل هنا العامل الشخصي في تفسير وتحليل وربط الخبرات التي يذكرها الفرد المضطرب بدلالات مرضية محددة.

3- المقاومة والتحويل:

يفترض (فرويد) أن أي عصاب له حافزين اثنين أحدهما يتطلب العلاج والآخر يتجنب العلاج، وقد أطلق على الحافز الأخير مصطلح المقاومة.

وحسب رأيه إن المقاومة لها عدة أشكال تظهر أنها العلاج مثل:

1- الارتباك وعدم التركيز.

2- مواجهة المعالج بالإهمال من قِبل الفرد المضطرب وتصريحه بعدم قدرته على التفكير واستحضار الأحداث.

3- المقاومة من خلال تغيير الفرد لطبيعة العلاقة بينه وبين المعالج من علاقة مهنية إلى علاقات ذات طابع شخصي، أو غير ذلك.

4- المقاومة من خلال إظهار الطابع العدائي والتهجمي الموجه لحو المُعالِج.

أما التحويل فهو قيام الفرد المضطرب بتحويل مشاعره المضطربة نحو المعالج وذلك اعتماداً على وجهة نظره الشخصية، فهو يرى أن المعالج بديلاً مقبولاً كرمز يدل على موضوعه المفقود - الأب أو الأم - وذلك لعجزه عن مواجهة الحافز الحقيقي بشكل مباشر.

ويعتبر التحويل أداة مهمة في العلاج بغض النظر عن كونه عدائياً أو عاطفياً، وذلك لأنه يكشف بسهولة عن الخبرات المكبوتة في اللاشعور، بأقل توتر وبأكثر صراحة فالمواجهة ليست خطرة أو محرجة كون المقصود الأصلي - الأب أو الأم - غير مستهدف مباشرة وإنما يستعاض عنهما بشخص المعالج، عدا أن التحويل يساعد المضطرب سلوكياً على تفريغ توتره وقلقه في شخص المعالج.

4- تحليل وتفسير الأحلام:

يمكن القول بأن الأحلام عبارة عن نشاط عقلي رمزي يعبر بشكل مباشر أو غير مباشر عن المكبوتات اللاشعورية والتي لم يحققها الفرد في نهاره أو أنه أهملها

ولم ينتبه إليها، وهي بمثابة مؤشر للفرد للقيام بتنفيذ الرغبات التي تعبر عنها تلك الأحلام. وكذلك فإن للأحلام علاقة نفسية بعمليات الهلوسة في السلوك العقلي.

إن تفسير الأحلام اعتماداً على مبادئ التحليل النفسي يعطي توضيحاً جيداً لرغبات ودوافع الفرد المضطرب والتي تدفع باستمرار وبشكل قوي لتحقيقها في حيز الواقع، والتي في كبتها وعدم إشباعها واقعياً أكبر الأثر في ظهور الاضطراب السلوكي. بمعنى أن الأحلام تعطي صورة واضحة لطبيعة الصراع الذي يحدث بين مكونات النفس (الهو/ الانا/ الانا الأعلى)، حيث أن (الانا) تؤخر من إشباع رغبات (الهو) في الواقع وذلك خضوعاً لضغط من (الانا الأعلى)، لذا يغتنم (الهو) حالة النوم الإنساني، والتي تتسم بقلة ضبط من قِبل (الانا والانا الأعلى) ليحقق جزءاً من رغباته ودوافعه.

وأخيراً تتلخص إجراءات العلاج بالخطوات التالية:

1- تحديد أهداف العلاج وتجسيدها في خطوات عملية متلاحقة.

2- ربط المعالج لذاته بالفرد المضطرب بحيث يحدث بينهما ثقة متبادلة تدفع بالأخير لكشف أعماقه.

3- إتاحة الفرصة للمضطرب سلوكياً لتفريغ انفعالاته من خلال الجلسات المتعددة.

4- توعية الفرد المضطرب سلوكياً وتبصيره بمكنوناته اللاشعورية أثناء تفريغه لانفعالاته.

5- تدعيم ثقة الفرد بذاته وبالآخرين حوله.

6- إنهاء الجلسات العلاجية بعد تأكد المعالج من التغير في سلوك الفرد المضطرب.

7- تحديد جلسات لاحقة لمتابعة استمرار التحسن في سلوك الفرد.

ثالثاً: الأسلوب النفس تربوي

لقد جاء هذا الأسلوب الذي يجمع بين الجوانب النفسية والجوانب التربوية كخطوة من التحليليين للتغلب على السلبية التي رافقت النظرية التحليلية في أنها تهمل الجوانب التربوية وتنظر إلى المدرسة نظرة ازدراء.

ولقد استندوا إلى فرضية مفادها أن مشاكل الطفل تنتج عن تداخل ما بين الطاقات البيولوجية الفطرية، والخبرات الاجتماعية المبكرة وعليه فقد وضعوا هذا الأسلوب لإيجاد التوازن بين أهداف العلاج النفسي والأهداف الأكاديمية والسلوكية.

وتعتبر هذه الاستراتيجية أو الأسلوب مزيجاً من أساليب التحليل النفسي، وأساليب تعديل السلوك، بمعنى أنها تهتم بما يفعله الطفل في المدرسة من سلوكات وفي نفس الوقت لا تهمل البحث في الأسباب التي أدت بالفرد لسلوك تلك السلوكات، عدا أنها كأسلوب تهتم بالصعوبات التعلمية الناتجة عن الاضطرابات السلوكية، وتدرس تأثير جماعة الأقران، والظروف البيئية المحيطة بالطفل، ولا تهمل دور المعلم في العلاج.

وعلى المعالج في هذا الأسلوب أن يراعي مجموعة عوامل عند البدء في وضع خطة العلاج، وهذه العوامل هي:

1- طبيعة المطالب البيئية والضغوط التي تفرضها على الطفل.

2- قدرة الطفل على مواجهة تلك المطالب.

3- علاقة الطفل بجماعات الرفاق.

4- علاقة الطفل بالمدرس.

5- دافعية الطفل لتحقيق السلوك السوي.

6- مفهوم الطفل عن ذاته.

ويلخص (عبد الرحيم، 1982م) أهم عناصر هذه الاستراتيجية في النقاط التالية:

1- توجد هذه الاستراتيجية مداخل متعددة للتعامل مع الطفل، مدخل السلوك العقلي، ومدخل أسباب السلوك، ومدخل الصعوبات التعلمية التي يواجهها الطفل.

2- إن الطفل يمتلك طاقات فطرية عندما تتفاعل مع الخبرة فإنها تحدد قدرة الطفل على مسايرة المواقف.

3- إذا لم يكن الطفل مزوداً بمهارات النجاح في العمل المدرسي فإنه يواجه الفشل الذي يترتب عليه الإحباط والشعور بالقلق مما يؤدي بدوره إلى سلوك سوء التوافق.

4- إذا تمت مواجهة سلوك سوء التوافق عند الطفل بالعنف من جانب المعلم أو الرفاق، فإن ذلك من شأنه أن يخلق قدراً أكبر من الإحباط للطفل مما يضعه في حلقة مفرغة.

5- كسر تلك الحلقة هو الهدف الأساس لهذا المدخل.

6- الهدف هو تقليل السلوك سيء التوافق وتعليم الطفل مسايرة الحاجات والضغوط.

7- يوضع التركيز على أهمية العلاقة بين المعلم والتلميذ على أساس من وضع تعليمي يتكون من الهيئة التدريسية والزملاء والمواد الدراسية، وعلى دافعية الطفل لتعلم الأشكال المختلفة من السلوك. (ص188)

ولقد وضع لونج وآخرون، 1971م بعض الاقتراحات التي يمكن الاسترشاد بها عند استخدام هذا الأسلوب وهي:

1- يجب تطوير البيئة التربوية بشكل يسمح بمراقبة المؤثرات النفسية التي يمكن أن تؤثر على التلميذ، وذلك كمراقبة التفاعل بين التلميذ وكل من المدرس والعاملين والأقران والمنهج، وكذلك مراقبة كل من التنظيم الاجتماعي للصف، والقيم التي يتبناها المدرس، والتعليمات السلوكية، وغيرها من العوامل التي يمكن أن تؤثر على الجانب النفسي للتلميذ، كما يجب على المدرس أن يكون على وعي بهذه المؤثرات وأن يعمل على تعديل بيئة الصف كي يسهل على التلميذ فرص التكيف النفسي والشخصي.

2- التركيز على علاقة المدرس بالتلميذ، وعلى خصائص المدرس مثل العطف والإحساس والتسامح، وغيرها من الخصائص التي تعتبر هامة ومطلوبة للتعامل مع التلاميذ المضطربين سلوكياً، فالتلميذ المضطرب سلوكياً يجب أن يشعر أن المدرس مهتم بتكيفه الشخصي.

3- يجب أن يمتزج التعلم بالمشاعر الإيجابية، إذ أن التركيز على التعليم فقط بما فيه من عمليات حسابية، وحقائق وقراءة كتب مقررة قد يؤدي بالتلميذ إلى الإحباط والغضب، لهذا يجب التركيز على الأنشطة المرتبطة باهتمامات التلميذ بالإضافة إلى التعليم.

4- مساعدة التلميذ على التعامل مع الضغوط والصراعات النفسية الناتجة عن الخبرات السلبية التي تعرض لها وذلك من خلال التركيز على جوانب محددة من الصراعات أو الأزمات التي يعاني منها التلميذ، ومساعدته على تبصر المشكلة وتطوير بدائل إيجابية للتعامل مع المواقف التي تسبب هذه الصراعات أو الأزمات.

5- على المدرس أن يكون لديه استعداداً للتعاون مع العاملين في المدرسة والمجتمع لمساعدة التلميذ المضطرب سلوكياً، فتربية التلاميذ المضطربين سلوكياً يجب أن لا تكون مسؤولية المدرس بمفرده بل على المدرس أن يكون قادراً على تنظيم دعوة الأفراد ذوي التخصصات المختلفة (الطبيب، الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي، معالج النطق، أولياء الأمور)، وغيرهم، وذلك من أجل بناء وتطوير برنامج علاجي للتلميذ.

رابعاً: الأسلوب البيئي

نشأ هذا الأسلوب من افتراض بأن المشكلات الإنسانية تنتج عن العمليات المضطربة التي تقع بين المثير وهو الطفل والمستجيب وهي البيئة (الأسرة، الرفاق، المعلمون)، بمعنى أن اضطراب السلوك هو نقطة من عدم التناسب بين الطفل والبيئة التي تحيط به، وبهذا فإن هذا الأسلوب يعارض الأساليب العلاجية التي تتعامل مع الطفل بمفرده على اعتبار أن اضطرابات السلوك هي خصائص كامنة في الفرد نفسه بشكل تام.

وعليه يجب عند التخطيط لبرنامج علاجي للأطفال المضطربين سلوكياً أن نضع في الاعتبار النظام الاجتماعي وأسرة الطفل، والمؤسسات الاجتماعية والأفراد الذين يتفاعل معهم،والمدرسة، وغرفة الصف،والبيئة الطبيعية وغيرها من المؤثرات الاجتماعية.

إن الناظر إلى هذا الأسلوب يجد نفسه مجبراً على تعديل سلوك الطفل، وتعديل ظروف البيئة المحيطة في نفس الوقت على حد سواء، فالجهد منصب هنا في اتجاهين (الطفل والبيئة)، وهذا يصعّب العلاج أحياناً، ويجعله مستحيلاً أحياناً أخرى.

ويقترح (السرطاوي، سيسالم، 1987م)، بعض الاعتبارات التي يمكن الاسترشاد بها عند استخدام الأسلوب البيئي، وهذه الاعتبارات هي:

1- أن كل طفل يعتبر جزءاً لا يتجزأ من النظام الاجتماعي ولا ينفصل عنه.
2- يجب أن لا ينظر إلى الاضطرابات على أنها مرض متواجد داخل جسم الطفل، ولكن ينظر إليها على أنها قصور في التوازن مع النظام الاجتماعي.
3- أن القصور في التوازن مع النظام يفسر على أنه تفاوت ما بين قدرات الفرد ومتطلبات البيئة وتوقعاتها(الفشل في الترابط ما بين الطفل والنظام الاجتماعي).
4- أن هدف العلاج يتمثل في تفاعل الطفل مع النظام الاجتماعي حتى بعد توقفه.
5- أن التحسن في أي جزء من النظام قد يفيد النظام كله.
6- هناك ثلاثة مجالات أساسية للعلاج بالأسلوب البيئي:
أ- إحداث تغيير في الطفل.
ب- إحداث تغيير في البيئة.
جـ- إحداث تغيير في الاتجاهات والتوقعات. (ص، 230)

ولقد قام (هوبز وزملاؤه، 1969م) بتنفيذ هذه الاستراتيجية وأسمو البرنامج إعادة تعليم الأطفال المضطربين سلوكياً (Re-Ed) وتوصلوا إلى عدة مبادئ وهي:

1- وجوب أن يعيش الطفل كل لحظة من حياته بمشاركته في كافة النشاطات المتاحة والتي يمكن له أن ينجح فيها.
2- يعتبر الوقت حليفاً للطفل فقد يتحسن الطفل مع مرور الزمن مع خضوعه للبرنامج.
3- يجب غرس الثقة في نفوس الأطفال من خلال التفاعل مع البيئة.
4- يجب أن يتم تنظيم البيئة التعلمية بحيث نضمن للطفل تحقيق النجاح الذي يقوده إلى الثقة بذاته واحترامها.

5- ضرورة معالجة الأعراض والتحكم بها وضبطها بدلاً من البحث والتعمق في الأسباب فقط.
6- على المعلم أن يدرب الطفل على الضبط المعرفي من خلال العلاقة المهنية القائمة بينهما.
7- تطبيع المشاعر وتطويرها وذلك بتنظيم المواقف البيئة التي تسمح بإظهار العواطف والمشاعر تجاه الأقارب والحيوانات وغيرها.
8- إن وضع الطفل أثناء برنامج العلاج مع مجموعة استرشادية أمر ضروري بهدف تبادل الخبرة وإجبار الطفل على التفاعل مع الجماعة.
9- توفير كافة الفرص الترويحية والتي تضمن أن يقوم الطفل بالتفاعل النشط معها مما يكسبه الثقة في نفسه وذاته.
10- ضرورة تقوية الجسم بممارسة الأنشطة الرياضية لأن الجسم هو الدرع الواقي للذات.
11- أن تعرف الطفل على المظاهر الاجتماعية أمر بالغ الأهمية من خلال الأنشطة الاجتماعية والزيارات المتكررة للمؤسسات الاجتماعية مما يسهل تقبل الطفل مجدداً في الحياة الطبيعية ويسهل دمجه فيها.
12- يجب أن يشتمل البرنامج العلاجي على فترات من المرح تحبب الطفل به.

"وأخيراً لقد أشار (ابتر 1982م)، إلى أن الحاجة تصبح ماسة للعلاج عند تدهور العلاقة بين الطفل والبيئة، كما وأنه يمكن تتمة المعالجة بالأسلوب البيئي وفقاً لواحدة أو أكثر من الأساليب التالية:

1- العمل مع الطفل: بناء قدرات جديدة، تغيير في الأولويات، توفير المصادر الضرورية، إيجاد بيئات أكثر ملائمة.
2- العمل مع الكبار: تغيير المدركات، إزالة أو خفض التوقعات، زيادة الفهم والمعرفة، إعادة بناء الأنشطة.
3- العمل مع المجتمع: توفير مصادر أكثر للمدرسة، السماح بالدخول في المجتمع بصورة أوسع، تطوير روابط تعاون بين المدرسة والمجتمع.
4- تطوير نماذج جديدة للعلاج: التربية المفتوحة، المدارس العامة البديلة، التركيز على الوقاية، تدريس الصحة النفسية." (ص،230)

المراجع العربية:

1- شارلز شيفر وهوارد ميلمان، مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها، ترجمة نزيه حمدي، نسيمة داود، منشورات الجامعة الاردنية، الطبعة الثانية، 1996م، عمان.

2- زهران، حامد عبدالسلام، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، الطبعة الثانية، 1982م، القاهرة.

3- حسين محمد عبدالمؤمن، مشكلات الطفل النفسية، دار الفكر الجامعي، 1986م.

4- المليجي عبدالمنعم، المليجي حلمي، النمو النفسي، دار النهضة العربية، الطبعة الخامسة، 1973م، بيروت.

5- جرجس، ملاك، مشكلات الصحة النفسية للأطفال، الدار العربية للكتاب، 1985م.

6- مارتن هربرت، ترجمة د. عبدالمجيد نشواني، مشكلات الطفولة.

7- يوسف ميخائيل أسعد، السلوك والانحرافات الشخصية، مكتبة الانجلو المصرية، الطبعة الأولى، 1977م.

8- جلال، سعد، في الصحة العقلية والأمراض النفسية العصبية والانحرافات السلوكية، مكتبة المعارف الحديثة، 1980م.

9- أسعد، ميخائيل ابراهيم، علم الاضطرابات السلوكية، الأهلية للنشر والتوزيع، 1977م وطبعه (1986).

10- كالفن هول، جارنز ليندزي (1978)، نظريات الشخصية، ترجمة د. فرج أحمد فرج، د. قدري حفني، ج. لطفي فطيم.

11- الرفاعي نعيم (1987) الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجية التكيف. منشورات جامعة دمشق.

12- عبد الرحيم. فتحي، سيكولوجية الأطفال غير العاديين. استراتيجيات التربية الخاصة (ج1، ج2)، دار القلم الكويت.

13- زهران، حامد (1985)، التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب: القاهرة.

14- الطاهر: محمد (1981)، تيارات جديدة في العلاج النفسي. دار المعارف: القاهرة.

15- الراوي فضيلة. حماد آمال (1999). التوحد. الإعاقة الغامضة. مؤسسة حسن بن علي: الدوحة.

16- السرطاوي، زيدان. سيسالم. كلمال (1987). المعاقون أكاديمياً وسلوكياً. دار عالم الكتب للنشر والتوزيع الرياض.د

17- السبيعي، عدنان. (1982). سيكولوجية المرضى والمعوقين.

18- الروسان، فاروق (1996). أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة.

19- السرطاوي، عبد العزيز، السرطاوي، زيدان. (1988). التقييم في التربية الخاصة.

20- عبد الرحيم سليمان، (1998) سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة.

21- نعامة، سليم (1985)، سيكولوجية الانحراف.

22- حي زي، مصطفى (1986)، التخلف الاجتماعي.

23- فرويد لورنز وآخرون (1986)، سيكولوجية العدوان. ترجمة عبد الكريم ناصيف.

24- شاكر عطية قنديل. (1981). تربية الأطفال المعوقين إنفعالياً والمشكلين سلوكياً. مجلة التربية.

25- الشيخ، يوسف. عبد الغفار عبد السلام. (1966). سيكولوجية الطفل غير العادي.

27- مصطفى أحمد، عبله أحمد (1991)، الإعاقة اليسيطة.

28- عبد الرحيم، فتحي. (1983) قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين.

29- عبد الرحيم، فتحي، وبشلي حليم (1982)، سيكولوجية الأطفال غير العـاديين (ج1).

30- الخطيب جمال، المرجع في التوحد مجلة المنال. العدد 82-1994.

31- الخطيب جمال، الحديدي. منى، المدخل إلى التربية الخاصة (1997).

32- عبيد، ماجدة (1999)، تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة.

33- صندوق الملكة علياء، دليل التربية الخاصة للمعلم والمرشد والمشـرف الـتربوي (1993).

المراجع الأجنبية:

1- Jones, Warren, H, Cheek, Jonathan, M. Briggs, Stephen, R, Shyness, Perspectives on Research and Treatment, Plenum Press, New York, 1986.

2- Zimbardo, Phlip, Shyness, What it is What to do About it, Addison Wesley, Reading, MA.1977.

3- Thompwon, Charles L, Rudolph, Linda B Counseling Children, Wadsorth, Inc, Belmont, California, 1983.

4- Fndler, Norman s, Mc Vicker Hunt, J, Personality and Behavional Desorders John Wiley and Sons Inc, 1984.

5- Charles - Rycroftl (1968), Acritical Dictionary of Psychoanalysis.

6- Menninger. R.W. The History of Psychiatry. Dis, Nerr- System (1944).

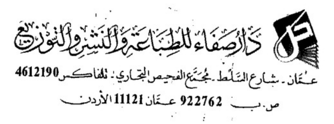
7- Apter .J.S. (1988). Troubled Children, Troubled System. N.Y. Pergaman press Inc.

8- George sugai and Larry Maheady. Teaching Exceptional Children, Fall. 1986.

9- Robert woody. Behavioral Problem Children in The Schools, 1969.

10- Thomas M.sheu. Teaching Children and Youth With behavioral Disorders, 1978.

11- Danial D. Hallahan and James Kawffman. Exceptional Children Prentice hall inc Englewood Cliffs new Jersey, 1978.



يطلب من

مكتبة الرازي العلمية

أبوظبي - هاتف 678122 فاكس 678121
ص.ب 42373 أبوظبي - الإمارات العربية المتحدة

ردمك ISBN 9957 - 402 - 62 - 8